

**Soziale Mobilität und ihr Einfluß
auf gynäkologische Erkrankungen und
Sexualverhalten von Frauen**

von

Lothar Mehring

aus

Stendal



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548617_0006

Aus der Frauenklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K. G. Ober

**Soziale Mobilität und ihr Einfluß
auf gynäkologische Erkrankungen und
Sexualverhalten von Frauen**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Lothar Mehring

aus

Stendal

Gedruckt mit der Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen - Nürnberg



Dekan : Prof. Dr. G. Koch
Referent : Priv. Doz. Dr. H. K. Pauli
Coreferent: Prof. Dr. K. G. Ober
Tag der mündlichen Prüfung: 11. 7. 1972

Inhaltsübersicht

	Seite
A) Einführung	1
1) Definition und Aufgaben der Medizin-Soziologie	1
2) Ziel der Arbeit	2
B) Methodisches Vorgehen	4
1) Gewinnung des Ausgangsmaterials	4
2) Die Auswahl der Befragten	4
3) Der Fragebogen	4
4) Das Interview	5
5) Die Datenverarbeitung	6
6) Die statistische Berechnung	7
7) Die Tabellierung	13
8) Die erfaßten sozialen Merkmale	14
a) Sozialschicht	14
b) Soziale Mobilität	16
C) Literaturübersicht	18
D) Hauptteil: Eigene Ergebnisse	23
1) Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat und soziale Faktoren	23
2) Intragenerationenmobilität des Ehemannes in eigener Berufsmobilität und soziale Faktoren	26
3) Gynäkologische Erkrankungen und horizontale Mobilität	29
4) Gynäkologische Erkrankungen und Intragenerationenmobilität	31
5) Gynäkologische Erkrankungen und Intergenerationenmobilität	33

6) Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat und ihr Sexualverhalten	35
7) Intragenerationenmobilität des Ehemannes in eigener Berufsmobilität und Sexualverhalten der Frau	38
E) Zusammenfassung der Ergebnisse	41
F) Anhang	
1. Tabellen	
2. Literaturverzeichnis	

A) Einführung

1. Definition und Aufgaben der Medizin-Soziologie

Krankheiten entstehen nicht im luftleeren Raum; ihre Ursachen und ihr Erscheinungsbild sind entscheidend mitgeprägt von den sozialen Gegebenheiten unserer Umwelt. Aus dieser Erkenntnis, daß nämlich der Mensch mit seinen physiologischen und pathologischen Funktionen auch von soziologischen Faktoren abhängig ist, entwickelte sich die Medizin-Soziologie.

Hieraus ergibt sich die Definition der Medizin-Soziologie:

"Medizin-Soziologie ist eine vorurteilslose, empirische Wissenschaft, die sich moderner soziologischer, statistischer und datenverarbeitender Methoden bedient, um Zusammenhänge zwischen Krankheiten und Sozialem sowie Vorstellungen und Verhalten kranker Menschen zu untersuchen." (Pflanz)

Unter "Sozialem" versteht man dabei all das, was mit zwischenmenschlichen Verbindungen und gesellschaftlichen Verhältnissen zusammenhängt.

Fernziel der Medizin-Soziologie ist es, einwandfreie Daten zu liefern, die der Medizin einen unmittelbaren Nutzen für ihre Bemühungen um Erkennung, Verhütung und Behandlung von Krankheiten bringen.

Die Einflüsse soziologischer Faktoren auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten sind allerdings sehr vielfgestaltig, und man muß sich stets vergegenwärtigen, daß nicht nur diese, sondern noch viele andere Faktoren bei dem Phänomen Krankheit eine Rolle spielen.

2. Ziel der Arbeit

Wie bei jeder medizin-soziologischen Untersuchung gilt auch für die vorliegende Arbeit die Feststellung von Pflanz:

"Sie (die Medizin-Soziologie) ist in einem Stadium, in dem jede Untersuchung noch eine Art Entdeckungsreise in unbekanntes Land bedeutet, die nur zu groben geographischen Orientierungen, aber noch nicht zu einer naturgetreuen Landkarte führen kann. Jede Forschungsarbeit kann hier mehr als in anderen Wissenschaften nur Grundlage für weitere Forschungen schaffen. Einwandfreie Daten, die der Medizin einen unmittelbaren Nutzen für ihre Bemühungen um Erkennung, Verhütung und Behandlung von Krankheiten bringen, stellen vorläufig noch ein Fernziel dar."

Das Interesse der Gynäkologen an den Beziehungen zwischen Sozialem und gynäkologischen Erkrankungen war immer groß. So wurde an der Frauenklinik der Universität Erlangen von Juni 1966 bis Dezember 1970 ein umfangreiches Forschungsprogramm durchgeführt, das außer diesen Beziehungen auch praktische Probleme der Vorsorgeuntersuchung zwecks Krebsfrüherkennung untersucht. Im Rahmen dieses Forschungsprogramms steht die vorliegende Arbeit.

Sie beschäftigt sich mit der sozialen Mobilität, die die Patientinnen erfahren haben und ihrer Beziehung zu anderen sozialen Merkmalen (Sozialschicht, Wohnort-Größe, Konfession). Weiter werden Beziehungen zwischen sozialer Mobilität und zwei besonders häufigen gynäkologischen Erkrankungen (uterus myomatosus und Lageveränderung des Uterus) aufgezeigt. Schließlich werden noch einige wesentliche Merkmale des Sexualverhaltens der Patientinnen (Alter bei der ersten Kohabitation, Anzahl der

Männer, mit denen kohabitert wurde und Empfindungen beim Geschlechtsverkehr) zur sozialen Mobilität in Beziehung gesetzt.

Frühere Arbeiten im Rahmen dieses Forschungsprogramms untersuchten vor allem Beziehungen von gynäkologischen Erkrankungen und Verhaltensweisen von Frauen zur Schicht und anderen sozialen Merkmalen. Die soziale Mobilität demgegenüber in den Mittelpunkt einer Untersuchung zu stellen ist deshalb berechtigt, weil sie vielleicht noch bedeutungsvoller als die soziale Schichtung an sich ist.

Das Phänomen des sozialen Aufstiegs ist dabei von besonderem Interesse, da immer ein Drang zu den höheren Schichten besteht. Die Lebenschance einer sozialen Gruppe wird vor allem durch Ausmaß und Richtung der für sie möglichen Mobilität bestimmt. Entsprechendes gilt für das Individuum, für das die Möglichkeit eines Aufstiegs bedeutet, daß es sich besser entfalten kann und seine Fähigkeiten besser ausgenutzt werden können; es fühlt weniger Frustrationen und hat mehr Möglichkeiten zu sozialer Harmonie.

Es kann also angenommen werden, daß soziale Mobilität, insbesondere der soziale Schichtenwechsel, ein die sozialen Gruppen und den einzelnen Menschen entscheidend prägender Faktor ist.

Es wird die Hypothese aufgestellt, daß es Beziehungen zwischen sozialer Mobilität, insbesondere sozialem Aufstieg und Abstieg - im eigenen Leben oder gegenüber der Vorgeneration - und anderen sozialen Merkmalen, den untersuchten Erkrankungen und sexuellen Verhaltensweisen gibt. Mit Hilfe exakter, nachvollziehbarer statistischer Methoden aus dem Bereich der Signifikanzrechnung wird untersucht, ob diese einzelnen Beziehungen statistisch gesichert sind oder nicht, ob sie signifikante Korrelationen oder aber möglicherweise Zufallsabweichungen darstellen.

B) Methodisches Vorgehen

1. Gewinnung des Ausgangsmaterials

Die verwendeten Daten sind Ergebnisse von Interviews von 4936 Patientinnen, die stationär auf den gynäkologischen Stationen der Universitäts-Frauenklinik Erlangen behandelt worden waren.

2. Die Auswahl der Befragten

Interviewt wurden alle stationär aufgenommenen Patientinnen, außer Ausländerinnen, geisteskrank, stumme und gehörlose Frauen, Schwerstkrank, Patientinnen, die sofort in eine andere Klinik verlegt worden waren, bevor sie interviewt werden konnten und Verweigerinnen. Das ganze Interview wurde jedoch nur selten verweigert (unter 1%).

3. Der Fragebogen

Die soziologischen Daten wurden mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben. Später wurden auf diesem Fragebogen auch die medizinischen Daten eingetragen, wie Größe und Gewicht der Patientin, Blutdruck, die verschiedenen Diagnosen und die durchgeführte Therapie (konservativ, operativ, Strahlentherapie).

In Anbetracht der Tatsache, daß Mediziner allein Dilettanten in der Soziologie sein müssen, entstand dieser Fragebogen aus der Zusammenarbeit der Universitäts-Frauenklinik Erlangen und dem Institut für vergleichende Sozialforschung (Dir. Prof. Dr. E.K. Scheuch) und dem Forschungsinstitut für Soziologie (Dir. Prof. Dr. R.König), beide in Köln.

Der Fragebogen ist das wichtigste Forschungsinstrument der Soziologie und ist zudem in einer Klinik besonders gut zu handhaben. In einem Fragebogen können offene, geschlossene oder Sonderfragen verwendet werden. Bei den offenen gibt es total offene Fragen, bei denen keine und halb offene, bei denen nur dem Interviewer Alternativen vorliegen. In dem verwendeten Fragebogen waren fast alle Fragen geschlossener Art, d.h.: Alternativ-, Auswahl- oder Skalenfragen bzw. Sonderfragen (z.B. Beruf, Konfession etc.). Alternativfragen haben das Schema: Sind Sie dafür oder dagegen? Auswahlfragen weisen mehr Alternativen auf. Skalenfragen zwingen zu Entscheidungen über Abstufungen. Die Befragten konnten also zwischen zwei Alternativen ("Alternativfragen") oder mehr als zwei Alternativen ("Auswahlfragen") wählen oder mußten sich für Abstufungen entscheiden, wie beispielsweise: nie, selten, häufig oder regelmäßig ("Skalenfragen"). Der Fragebogen war in einfacher Umgangssprache gehalten.

4. Das Interview

Als Interviewer wurden Studierende der Medizin eingesetzt, die an der Universitäts-Frauenklinik promovieren wollten. Die Interviewer traten als Ärzte auf, um durch das entstehende Autoritätsgefälle Widerstände bezüglich der Bereitschaft zum Interview zu verringern oder zu beseitigen und die Zuverlässigkeit der Aussagen zu erhöhen. Da bei den Interviewern eine Hypothesenkenntnis und eine dadurch bedingte Voreingenommenheit beim Interview vermieden werden sollte, erhielten diese die Themen ihrer Doktorarbeiten erst nach Beendigung ihrer jeweils achtmonatigen Interviewertätigkeit. Die Interviewer wurden vorher vom Forschungsleiter sorgfältig theoretisch

und praktisch geschult und angewiesen, sich beim Interview neutral zu verhalten, nicht verstandene Fragen zu wiederholen, ohne sie zu interpretieren, die Patientinnen stets ohne Gegenwart Dritter zu interviewen und sich an Reihenfolge und genauen Wortlaut zu halten. Damit war die Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet.

Der Interviewer sollte einerseits ein Vertrauensverhältnis zwischen ihm und der befragten Patientin anstreben, andererseits sollte das Interview sachlich und nüchtern erfolgen.

Ein Interview dauerte in der Regel 30 - 40 Minuten. Eine Überforderung oder Ermüdung der befragten Patientin trat in dieser Zeit nicht auf.

5. Die Datenverarbeitung

Die Antworten der Patientinnen wurden auf dem Fragebogen als Code-Ziffern in bestimmte Kästchen eingetragen.

Jedes Kästchen entspricht einer Spalte einer IBM-Lochkarte, die als Datenträger benutzt wurde. Die Lochkarten wurden in der Dokumentationsabteilung der Frauenklinik mit einer Lochmaschine abgelocht. Pro Fragebogen mit seinen 111 Fragen und seinen sonstigen medizinischen und soziologischen Daten (wie die später errechnete Sozialschicht und die soziale Mobilität der Patientin und des Ehemannes) wurden vier Lochkarten als Datenträger benötigt.

Auf diese Weise ist eine maschinengerechte Dokumentation gewährleistet. Im Rechenzentrum der Universität Erlangen wurden die Informationen der Lochkarten auf Magnetband überspielt. Die Auswertung erfolgte durch eine elektronische Datenverarbeitungsanlage nach dem Programm "Fortran IV". Die elektronische Datenverarbeitungsanlage ermöglicht es, viele Merkmale, auch unter Berücksichtigung von Nebenbedingungen, zu korrelieren. Neben den Werten für die

spalten- und reihenweise Prozentuierung werden auch die für die Signifikanzberechnungen nötigen Chi-quadrat-Werte geliefert.

6. Die statistische Berechnung

Nach der statistischen Methodenlehre sind Signifikanzberechnungen nur dann berechtigt, wenn es gilt, von Stichproben auf Gesamtheiten Rückschlüsse zu ziehen. Bei einer Vollerhebung, wie sie hier durchgeführt wurde, sind sie eigentlich nicht angebracht.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden dennoch Signifikanztests durchgeführt, da man diese Erhebung als Stichprobe der Klinikpopulation der nächsten Jahre betrachten kann. Dies setzt voraus, daß in diesem Zeitraum keine bedeutenden sozialen Umschichtungen innerhalb des Patientengutes der Klinik erfolgen werden.

Als Signifikanztest wurde die Chi-quadrat-Methode (χ^2 -Methode) nach Pearson angewandt. Sie dient dazu, die Nullhypothese zu testen. Die Nullhypothese sagt aus, daß K unabhängige Stichprobenhäufigkeiten aus derselben Grundgesamtheit stammen oder daß K Stichproben sich nicht voneinander unterscheiden. Um die Methode anwenden zu können, werden zunächst die Häufigkeiten in einer Mehrfeldertabelle angeordnet. Dann berechnet man den Erwartungswert. Darunter versteht man den Wert, der sich ergeben würde, wenn die Nullhypothese zuträfe. Unter dem Beobachtungswert versteht man den tatsächlich gefundenen Wert.

Die Begriffe Erwartungswert und Beobachtungswert sollen an einem Beispiel erläutert werden (die Zahlen wurden hierbei zur Vereinfachung abgeändert):

Von 4000 Patientinnen haben 400 (d.h. 1/10) uterus myomatosus. 60 %, also 2400 sind nicht berufstätig, 40 %, also 1600, sind berufstätig. Man erwartet nun, daß 240

der nicht berufstätigen Frauen und 160 der berufstätigen Frauen an uterus myomatosus leiden: Der Erwartungswert für die Diagnose uterus myomatosus bei nicht berufstätigen Frauen ist 240, bei berufstätigen Frauen 160. Bei der Auswertung ergibt sich jedoch, daß nicht 240, sondern 180 der nicht berufstätigen Frauen an uterus myomatosus leiden und nicht 160, sondern 220 der berufstätigen Frauen uterus myomatosus haben. Der Beobachtungswert für die Diagnose uterus myomatosus bei berufstätigen Frauen ist demnach 220, bei den nicht berufstätigen Frauen 180. Der Erwartungswert ist der Wert, den man entsprechend der Häufigkeit der Erkrankung uterus myomatosus im gesamten Patientengut, nämlich $1/10$, in den soziologischen Gruppen der berufstätigen Frauen einerseits und den nicht berufstätigen Frauen andererseits erwarten würde. Die Erkrankung uterus myomatosus ist dann bei den Untergruppen berufstätige und nicht berufstätige Frauen genau so verteilt wie im gesamten Patientengut. Es besteht dann keine Korrelation zwischen den Variablen Berufstätigkeit und keine Berufstätigkeit auf der einen Seite und uterus myomatosus auf der anderen Seite.

In dem Beispiel wurde jedoch als Beobachtungswert uterus myomatosus bei berufstätigen Frauen 220, bei nicht berufstätigen 180 gefunden. Man kann daraus folgern, berufstätige Frauen leiden wesentlich mehr als erwartet an uterus myomatosus, nicht berufstätige dagegen wesentlich weniger als erwartet.

Mit der Chi-quadrat-Methode kann man nun noch testen, ob die Abweichung der Beobachtungswerte von den Erwartungswerten nur zufällig oder statistisch signifikant ist. Ergäbe sich z.B. als Beobachtungswert der Diagnose uterus myomatosus bei berufstätigen Frauen 162 (Erwartungswert 160) und bei nicht berufstätigen Frauen 238 (Erwartungswert 240), so wäre diese Abweichung, wie man mit Hilfe der Chi-quadrat-Methode feststellen würde, nicht statistisch signifikant, es wäre nur eine Zufallsabweichung.

Dabei wird eine bestimmte Irrtumswahrscheinlichkeit, in dieser Arbeit 5 %, vorgegeben. Im obigen Beispiel kann man sagen, daß mit mindestens 95 %iger Sicherheit die Korrelation zwischen der Diagnose uterus myomatosus und Berufstätigkeit der Patientinnen statistisch signifikant ist. Mit der Chi-quadrat-Methode kann man also feststellen, ob die Abweichungen der Beobachtungswerte von den Erwartungswerten ausreichend groß sind, um daraus eine statistisch signifikante Korrelation (bei vorgegebener Irrtumswahrscheinlichkeit) zwischen den Variablen herzuleiten.

Allerdings gilt immer: der statistische Nachweis einer Beziehung ist noch keine Erklärung für deren Ursachen. Hat man nachgewiesen, daß die obige Beziehung zwischen Berufstätigkeit und uterus myomatosus gilt (Berufstätige fallen mehr unter die Diagnose uterus myomatosus!) so heißt dies nicht unbedingt, daß Berufstätigkeit die Entstehung von Myomen des Uterus fördert. Die Ursachen für diese Beziehung sind sehr vielgestaltig, z.B. können sich Berufstätige öfter mit entsprechenden Beschwerden einer gynäkologischen Untersuchung unterziehen, so daß bei ihnen die Diagnose uterus myomatosus häufiger gestellt wird.

Der Sinn der statistischen Untersuchung ist es zunächst nur, signifikante Korrelationen herauszufinden, über die Ursachen der Erkrankungen hat man - wegen der Vielgestaltigkeit der hierbei beteiligten Faktoren - noch keine eindeutigen Aussagen.

Andererseits kann das Feststellen einer statistisch nachweisbaren Beziehung zwischen soziologischen Faktoren, Umweltbedingungen und Verhaltensweisen von Menschen und einer Krankheit auch im Sinne einer Herausforderung zu einer weiteren Erforschung der Zusammenhänge wirken. (Beispiel: Statistisch signifikante Korrelation zwischen der Häufigkeit des Bronchialkarzinoms und der Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten.)

Man erhält den Erwartungswert, indem man die beiden zu einem Tabellenfeld gehörenden Randsummen (die Randsumme der entsprechenden Reihe und die Randsumme der entsprechenden Spalte) multipliziert und das Produkt durch die Gesamtzahl der Fälle dividiert.

$$E_{ij} = \frac{R_i \cdot R_j}{G}$$

E_{ij} = Erwartungswert, kategorisiert in Reihe i und Spalte j

R_i = Randsumme der entsprechenden Reihe

R_j = Randsumme der entsprechenden Spalte

G = Gesamtheit der Fälle.

Chi-quadrat errechnet sich folgendermaßen:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(B_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

B_{ij} = Beobachtungswert = beobachtete Anzahl von Fällen, kategorisiert in Reihe i und Spalte j

E_{ij} = Erwartungswert = Anzahl der erwarteten Fälle unter der Voraussetzung, daß die Nullhypothese zutrifft, kategorisiert in Reihe i und Spalte j

$\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s$ bedeutet, daß man über alle Reihen (r) und Spalten (s), d.h., über alle Tabellenfelder summieren muß.

Die Formel zeigt, große Differenzen zwischen Beobachtungs- und Erwartungswerten ergeben große Chi-quadrat-Werte, geringe Differenzen ergeben kleine Chi-quadrat-Werte oder, Chi-quadrat ist proportional dem Quadrat der Differenzen zwischen Beobachtungs- und Erwartungswerten.

Für die Ablesung der Chi-quadrat-Werte aus der Standardtabelle braucht man außer der Irrtumswahrscheinlichkeit, die in der vorliegenden Arbeit mit 5 % angenommen wurde, noch die Zahl der Freiheitsgrade.

Diese ist: Anzahl der Reihen minus eins multipliziert mit der Anzahl der Spalten minus eins.

$$FG = (r - 1) (s - 1)$$

r = Anzahl der Reihen der entsprechenden Tabelle

s = Anzahl der Spalten der entsprechenden Tabelle

Eine Tabelle mit drei Reihen und vier Spalten hat z.B. sechs Freiheitsgrade ($FG = 6$).

Die Werte für Chi-quadrat der Standardtabelle bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % sind für die einzelnen Freiheitsgrade (FG) :

FG	χ^2_{Tab}
1 FG	3,84
2 FG	5,99
3 FG	7,81
4 FG	9,49
5 FG	11,07
6 FG	12,59
7 FG	14,07
8 FG	15,51
9 FG	16,92
10 FG	18,31

Ist der errechnete Chi-quadrat-Wert (χ^2_{err}) gleich groß wie oder größer als der aus dieser Tabelle ablesbare Chi-quadrat-Wert (χ^2_{Tab}) für ein bestimmtes Signifikanz-

niveau, dann muß die Nullhypothese auf diesem Niveau abgelehnt werden, es besteht dann eine statistisch signifikante Korrelation zwischen den Variablen. Das Signifikanzniveau ergibt sich aus der Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %.

$\chi^2_{\text{err}} \geq \chi^2_{\text{Tab}} =$ Nullhypothese abgelehnt,
signifikante Korrelation

$\chi^2_{\text{err}} < \chi^2_{\text{Tab}} =$ Nullhypothese besteht,
keine signifikante Korrelation.

Bei Anwendung der Chi-quadrat-Methode dürfen die Erwartungswerte (E_{ij}) in jedem Tabellenfeld nicht zu klein sein. Kein Erwartungswert darf unter 1 sein, nicht mehr als 1/5 der Tabellenfelder dürfen einen Erwartungswert unter 5 haben. In solchen Fällen mußten Merkmalsklassen zusammengefaßt und somit die Anzahl der Variablen verringert werden, damit die Zahlen in den Tabellenfeldern groß genug sind. Zum Beispiel mußte deshalb bei einer der vorliegenden Tabellen die Differenzierung bei der Anzahl der Männer, mit denen die Frauen kohabitiert hatten, "1 Mann" (Codenummer 1), "2 Männer" (Codenummer 2), "3 Männer" (Codenummer 3), "4 Männer" (Codenummer 4), "5 - 10 Männer" (Codenummer 5), "mehr als 10 Männer" (Codenummer 6), "viele Männer" (Codenummer 7) und "nicht gezählt" (Codenummer 8) wegfallen, weil die Zahlen (abgesehen von der Reihe "1 Mann") viel zu klein geworden wären. Es wurde deshalb nur unterteilt in "1 Mann" und "2 und mehr Männer". Die abhängige Variable wurde also geringer differenziert. Das hat den Nachteil, daß der Informationsgehalt der Tabelle geringer ist als der Informationsgehalt, den man auf Grund der gespeicherten Daten hätte erreichen können. Doch nur die dadurch entstehenden größeren Zahlen ermöglichen die Anwendung des Signifikanztests.

7. Die Tabellierung

Die Tabellen sind Mehrfeldertafeln. Am oberen Rand einer jeden Mehrfeldertafel steht die unabhängige Variable, links die abhängige Variable. Die absolute Zahl links oben in einem Feld ist der Beobachtungswert B_{ij} , dahinter steht in Klammern die Prozentzahl der spaltenweisen Prozentuierung. Links unten, unter dem Beobachtungswert, steht der zur Chi-quadrat-Berechnung und für die Auswertung der Tabelle nötige Erwartungswert. Eine möglichst große Differenz dieser beiden absoluten Zahlen (Beobachtungswert und Erwartungswert) deutet auf ein großes Chi-quadrat und somit auf eine signifikante Beziehung hin.

Im Tabellenfeld rechts unten steht in Klammern die Prozentzahl der reihenweisen Prozentuierung. Am rechten Tabellenrand steht die reihenweise Summierung, am unteren die spaltenweise und rechts unten die Gesamtsumme.

$$\begin{array}{ccc} B_{ij} & & (p \% \text{ Spalte}) \\ & \downarrow & \\ E_{ij} & & (p \% \text{ Reihe}) \\ & \rightarrow & \end{array}$$

Unter jeder der Mehrfeldertafeln steht der vom Computer errechnete Chi-quadrat-Wert und der aus der Standardtabelle ablesbare Chi-quadrat-Wert für das vorgegebene Signifikanzniveau.

Der Erwartungswert wurde mit dem elektronischen Tischrechner auf drei Stellen hinter dem Komma ausgerechnet und auf zwei Stellen auf- bzw. abgerundet. In den Tafeln, wo der errechnete Chi-quadrat-Wert kleiner als der Chi-quadrat-Wert aus der Tabelle ist, bei denen also keine signifikante Korrelation zwischen den Variablen besteht, wurde auf Berechnung und Angabe der Erwartungswerte verzichtet, da sie sich für die Auswertung erübrigten und in diesen Fällen nur gering von den Beobachtungswerten abweichen.

8. Die erfaßten sozialen Merkmale

a) Sozialschicht

Die Sozialschicht der betreffenden Patientin wurde nach drei Kriterien bestimmt: Schulbildung, Beruf und Einkommen. Dabei wurde das vom Kölner Institut für vergleichende Sozialforschung (Dir. Prof. Dr. E.K. Scheuch) entwickelte Verfahren angewendet. Bei verheirateten Frauen wurde die Sozialschicht aus dem Beruf des Ehemannes, dessen Schulbildung und dessen Einkommen errechnet.

Ledige Frauen, die bei den Eltern wohnen, wurden der Sozialschicht des Vaters zugeordnet. Die Sozialschicht lediger Frauen mit eigenem Haushalt ergab sich aus dem eigenen Beruf, der eigenen Schulbildung und dem eigenen Einkommen.

Die Sozialschicht wurde vom Interviewer, also durch Fremdeinstufung, ermittelt.

Die Summe der Punktzahlen für die Bewertung von Beruf, Schulbildung und Einkommen ergab die Sozialschicht.

Berufe	Punktzahl
nicht bekannt, kein Beruf etc.	
<u>Arbeiter</u>	
ungelernte Arbeiter	1
angelernte Arbeiter	4
gewöhnlicher Facharbeiter	9
höchstqualifizierter Facharbeiter (Lehre und zusätzliche Ausbildung)	13
<u>Angestellte</u>	
ausführende Angestellte	10
qualifizierte Angestellte	16
leitende Angestellte	27
<u>Beamte und Behördenangestellte</u>	
untere Beamte	10
mittlere Beamte	15
leitende Beamte	23
<u>Selbständige</u>	
kleinere Selbständige	15
mittlere Selbständige	20
führende Selbständige	30

Freie intellektuelle Berufe	25
Landwirte(kleinere Betriebe, zusätzliche Berufsarbeit)	15
Landwirte (größere Betriebe, ohne zusätzliche Berufsarbeit)	20
Journalisten	16

Schulbildung	Punktzahl
Volksschule unvollständig	2
Volksschule vollständig	4
Handelsschule, Mittelschule ohne Abschluß (und Entsprechendes)	5
Höhere Schule (bis einschließlich Obertertia, ohne mittlere Reife)	7
Mittlere Reife	9
Höhere Schule (länger als Untersekunda, aber ohne Abitur)	11
Anerkannte höhere Fachschule mit Abschluß	12
Abitur	14
Universität oder Technische Hochschule (ohne Abschluß)	18
Universität oder Technische Hochschule (mit Abschluß)	20

Einkommen	Punktzahl
bis 199 DM	1
200 bis 299 DM	3
300 bis 449 DM	5
450 bis 599 DM	7
600 bis 749 DM	9
750 bis 899 DM	11
900 bis 1049 DM	13
1050 bis 1199 DM	15
1200 bis 1499 DM	17
1500 bis 1999 DM	19
2000 und mehr DM	20

Es wurde der Nettoverdienst zu Grunde gelegt. Fehlt die Angabe zu einem der drei Punkte (Beruf, Schulbildung oder Einkommen), kann die Sozialschicht nicht bestimmt werden.

Andernfalls gilt:

Sozialschicht	Summe der Punktzahlen (Beruf, Schulbildung und Einkommen)
Untere Unterschicht	0 - 14
Obere Unterschicht	15 - 22
Untere Mittelschicht	23 - 29
Mittlere Mittelschicht	30 - 39
Obere Mittelschicht	40 - 49
Oberschicht	50 und mehr

Damit jede Schicht zahlenmäßig ausreichend besetzt ist, wurde folgendermaßen zusammengefaßt:

- I "Unterschicht" = untere und obere Unterschicht
- II "Mittelschicht" = untere und mittlere Mittelschicht
- III "Oberschicht" = obere Mittelschicht und Oberschicht

b) Soziale Mobilität

Man unterscheidet eine vertikale und horizontale Mobilität. Zur horizontalen Mobilität zählt man alle Änderungen, die ein Individuum innerhalb der gleichen Position oder Prestigegruppe, also bei Beibehaltung seiner Sozialschicht, vollzieht, wie beispielsweise Umzug, Pendelwanderung, oder Flüchtlingsbewegung.

Bei der vertikalen Mobilität finden Positionsänderungen statt, die innerhalb einer hierarchischen Gliederung nach oben oder unten gerichtet sind, wie beispielsweise beruflicher Auf- oder Abstieg.

Bei der vorliegenden Untersuchung gehören die Frage ob die Patientin Flüchtling oder nicht ist und die Frage nach dem Arbeitsplatz (Arbeitsplatz und Wohnort identisch oder nicht) zur horizontalen Mobilität, die übrigen Untersuchungen beziehen sich auf die vertikale Mobilität.

Außerdem unterscheidet man noch die Intragenerationenmobilität von der Intergenerationenmobilität. Unter Intragenerationenmobilität versteht man Positionsänderungen, die ein Individuum im Laufe seines eigenen Lebens erfährt,

die Intergenerationenmobilität bezeichnet Änderungen im Vergleich zur Vorgeneration.

In dieser Arbeit wurde bei der vertikalen Mobilität die Berufsmobilität zu Grunde gelegt, d.h., es wurden in der Berufsskala die Bewertungen für die beiden Berufe ausgesucht und dann festgestellt, welcher Beruf höher bewertet wird oder ob die Bewertungen gleich sind. Anders als bei der Feststellung der Sozialschicht wurden Schulbildung und Einkommen nicht berücksichtigt. Dies ist vorteilhafter, was sich bei der Intergenerationenmobilität des Sohnes gegenüber seinem Vater zeigt:

berücksichtigt man das Einkommen, so ergeben sich wegen des unterschiedlichen Geldwertes zur Zeit der Berufstätigkeit des Vaters Verzerrungen. Es ist somit durchaus gerechtfertigt, bei der Berechnung der vertikalen Mobilität immer nur die Bewertungen der Berufe zu Grunde zu legen. Das Ausmaß der Mobilität, also wie groß die Differenz der Berufsbewertungen ist, wurde nicht berücksichtigt. Die Aussagen über die Mobilität sind demnach nur qualitativ, nie quantitativ, da nur in "Aufstieg", "Abstieg" oder "keine Mobilität" unterteilt wurde.

Beispiele: Jemand steigt vom Buchhalter zum Prokuristen auf. Als Buchhalter ist er qualifizierter Angestellter (Punktbewertung 16), als Prokurist leitender Angestellter (Punktbewertung 27). Da $27 > 16$, handelt es sich um Aufstieg, und zwar als Intragenerationenmobilität. Ist der Vater Buchhalter, sein Sohn bringt es zum leitenden Angestellten, so handelt es sich um Aufstieg als Intergenerationenmobilität. Heiratet eine Buchhalterin einen leitenden Angestellten, so erfährt sie eine Intragenerationenmobilität durch Heirat, da sie durch ihre Heirat die Sozialschicht des Mannes erwirbt.

C) Literaturübersicht

In der Soziologie versteht man unter "Mobilität" die Bewegung von Personen aus einer Position in eine andere innerhalb jeder möglichen Gliederung der Gesellschaft (Berufswechsel, Änderung der Einkommenslage, Konfessionswechsel, Wohnortwechsel, Pendelwanderung etc.) Sorokin führte als erster den Begriff der "sozialen Mobilität" für diese Bewegungen ein. Auch die Unterteilung in horizontale und vertikale Mobilität geht auf ihn zurück. Als Kriterium zur Unterscheidung der vertikalen von der horizontalen Mobilität dient ihm die "Werthaltigkeit" der Position, innerhalb derer gewechselt wird. Kann man die Position innerhalb einer Gliederung als werthaltig ansehen und den Wertabstufungen entsprechend anordnen, so liegt vertikale Mobilität vor (Beruf, Einkommen, Sozialschicht). Sind die verschiedenen Positionen ohne "Werthaltigkeit", so spricht er von horizontaler Mobilität (Flüchtlingsbewegung, Pendelwanderung). Diese Einteilung hat sich allgemein durchgesetzt, ebenso wie die Einteilung in Intragenerationenmobilität (Positionsänderung des Individuums im Laufe seines Lebens) und Intergenerationenmobilität (Änderung im Vergleich zur Vorgeneration).

Weiter wird ein individueller und kollektiver Positionswechsel unterschieden. In dem einen Fall ändert eine Person ihre Position, in dem anderen Fall eine ganze Berufsgruppe (z.B. Anstieg des Sozialprestiges der Volksschullehrer innerhalb der letzten Jahre).

Viele Autoren (Schelsky u.a.) halten Mobilitätsvorgänge in der heutigen Gesellschaft für bedeutungsvoller als die soziale Schichtung an sich. Es besteht immer ein Drang zu den höheren Schichten, die nach oben gerichtete Mobilität überwiegt.

Nach Renate Mayntz wird die Lebenschance einer sozialen Gruppe vornehmlich durch Ausmaß und Richtung der für sie möglichen Mobilität bestimmt.

Glass stellt fest, daß eine größere Mobilitätsmöglichkeit in einer Gesellschaft für das Individuum bedeutet, daß seine Fähigkeiten besser ausgenutzt werden können, daß es weniger Frustrationen fühlt und eine größere Möglichkeit zu sozialer Harmonie hat. Ferner gibt er an, daß das Ausmaß der Intergenerationenmobilität in der obersten und untersten Schicht am niedrigsten ist, am höchsten ist es in der Mittelschicht. Letztere rekrutiert sich am wenigsten aus sich selbst, denn wegen der Vermehrung der Angestelltenberufe in der Mittelschicht ist es leichter in sie aufzusteigen.

Sorokin u.a. nehmen an, daß im industriellen Zeitalter die Mobilität insgesamt zugenommen hat. Grund dafür sei außer der Industrialisierung die Tatsache, daß in den letzten hundert Jahren eine Reihe von Beschränkungen beseitigt wurden, die früher der Mobilität offensichtlich im Wege gestanden haben.

Renate Mayntz weist jedoch nach, daß dies nicht unbedingt stimmen muß: in einer empirischen Untersuchung stellt sie fest, daß in einer westdeutschen Industriestadt (Euskirchen) die Mobilität vor hundert Jahren genau so hoch wie heute war.

Solche unterschiedlichen Ergebnisse können deshalb zustande kommen, weil sich oft bei einer Reihe von Mobilitätsvorgängen die Richtung schwer beurteilen läßt. Man kann nicht ohne weiteres bei einem Angestellten, dessen Vater Arbeiter war, von sozialem Aufstieg sprechen. Eben- sowenig ist es korrekt, einen selbständigen Landwirt oder dessen Sohn als "absteigend" zu bezeichnen, der einen erlernten Arbeiterberuf ergreift; nach der üblichen Schichteneinstufung geschieht dies jedoch (Renate Mayntz).

Nach dem Kriege bewirkten die Flüchtlinge, daß in Westdeutschland die nach unten gerichtete Mobilität zunahm, weil die Flüchtlinge größtenteils ihre früheren Positionen nicht beibehalten konnten (Bolte). Nach dem Material von Pflanz kommt berufliche Mobilität, die mit Schichtwechsel verbunden ist, nicht sehr häufig vor; Patienten, die mehr als zwei Schichten abgestiegen sind, befinden sich besonders unter den Heimatvertriebenen. Sie waren vor der Vertreibung selbständige Landwirte oder Kaufleute und sind jetzt als Hilfsarbeiter tätig. Entsprechendes gilt nach Janowitz für die Intergenerationenmobilität: Flüchtlingskinder haben fast doppelt so häufig einen sozialen Abstieg gegenüber den Eltern zu verzeichnen als Kinder von Einheimischen.

Eine nach oben gerichtete Intergenerationenmobilität der Kinder wird besonders von den Eltern gefördert, denen selbst kein sozialer Aufstieg gelingt und die mit ihrer gesellschaftlichen Stellung unzufrieden sind. Sie stellen besonders hohe Ansprüche an ihre Kinder: diese sollen einmal etwas "Besseres" werden und im Vergleich zu ihnen aufsteigen (Glass).

Nach Pflanz ist bei den Frauen eine Intragenerationenmobilität wesentlich seltener festzustellen und spielt eine ganz andere Rolle als beim Mann; die wichtigsten Mobilitätsvorgänge werden bei der Frau nicht durch eigene berufliche Mobilität, sondern durch die Verheiratung bestimmt.

Beim Vergleich der Mobilität mit der Konfessionszugehörigkeit führen die Protestanten beim Aufstieg, die Katholiken sind beim Abstieg mehr vertreten (Janowitz).

Das Ausmaß der sozialen Mobilität bei der erwachsenen Bevölkerung in Westdeutschland (1955) nach Janowitz:

	Intragenerationenmobilität (1939 - 1955)	Intergenerationenmobilität
keine Mobilität	73,7 %	55,4 %
Aufstieg	9,5 %	18,0 %
Abstieg	11,3 %	20,2 %
nicht zu entscheiden	5,5 %	6,4 %

Hiermit vergleicht Janowitz die soziale Mobilität der erwachsenen Bevölkerung in Westdeutschland ohne landwirtschaftliche Schichten:

	Intragenerationenmobilität (1939 - 1955)	Intergenerationenmobilität
keine Mobilität	76,3 %	58,9 %
Aufstieg	10,6 %	24,0 %
Abstieg	13,1 %	17,1 %

Ohne die landwirtschaftlichen Schichten überwiegt also der soziale Aufstieg bei der Intergenerationenmobilität, worin Janowitz die größeren Chancen der städtischen Bevölkerung im Gefolge der Industrialisierung sieht.

Der soziale Auf- und Abstieg spielt soziologisch besonders im Rahmen des sozialen Wandels eine große Rolle und bringt für das Individuum wahrscheinlich eine Reihe von Konfliktmöglichkeiten mit sich. Es ist leicht einzusehen, daß dies krankheitsauslösend sein kann.

Pflanz zeigt, daß viele Beziehungen zwischen sozialer Mobilität und internistischen Erkrankungen bestehen

(Adipositas, Diabetes, Coronarinsuffizienz, Herzinfarkt, Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni, Emphysem, Lungentuberkulose, etc.). Andere Autoren weisen Beziehungen zu psychiatrischen Erkrankungen nach.

Literatur über den Einfluß der sozialen Mobilität auf gynäkologische Erkrankungen konnte nicht eruiert werden.

In den letzten Jahren ist viel über das sexuelle Verhalten von Mann und Frau geschrieben worden (Kinsey u. a.) Zusammenhänge zwischen Sexualverhalten und sozialer Mobilität wurden dabei jedoch nicht aufgezeigt.

Pflanz stellt zu seinen Ergebnissen fest:

"Unsere Befunde lassen nur wenige Korrelationen erkennen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit unmittelbar auf die Mobilität als solche zurückzuführen sind. Die Mehrzahl der Befunde entsprechen denen, die bei den "Aufnahmeschichten" nachgewiesen wurden. Mit aller Zurückhaltung läßt sich daraus schließen, daß bestimmte schichtenspezifische Leitbilder, die mit verschiedenen Krankheitszuständen zusammenhängen können, nicht durch die Herkunft, sondern mehr durch die errungene Schicht festgelegt werden, zum Teil aber auch durch die Schicht, in der man in Zukunft die Kinder zu sehen wünscht."

Wahrscheinlich gilt das Gleiche mit Einschränkungen auch für den in dieser Arbeit festgestellten Einfluß der sozialen Mobilität auf die untersuchten gynäkologischen Erkrankungen und das Sexualverhalten der Patientinnen.

D) Hauptteil: Eigene Ergebnisse

1) Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat und soziale Faktoren

Für die Intragenerationenmobilität der Frau spielt der Beruf nur eine untergeordnete Rolle. Die Veränderung ihrer Sozialschicht geschieht im allgemeinen durch Heirat, durch die sie die Sozialschicht des Mannes erwirbt. Die vorliegenden Unterlagen zeigen, daß innerhalb ihres eigenen Berufes nur 9,5 % der Patientinnen eine Mobilität aufweisen (5,9 % Aufstieg, 3,6 % Abstieg).

Die Intragenerationenmobilität der Frau durch Heirat wurde als unabhängige Variable mit folgenden sozialen Merkmalen als abhängige Variable in Beziehung gesetzt: Sozialschicht (nach Scheuch), Wohnort, Konfession und ob sie Flüchtling ist oder nicht.

Zur Berechnung der Intragenerationenmobilität der Frauen durch Heirat wurden die Bewertungen der gelernten Berufe der Frau und ihres Ehemannes (nur wenn keine Berufe gelernt wurden, wurden sie durch die ausgeübten Berufe ersetzt) herangezogen.

Tabelle 1 verdeutlicht die Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat in Abhängigkeit von ihrer Sozialschicht. Die Nullhypothese muß auf dem vorliegenden Signifikanzniveau abgelehnt werden: die Beziehung zwischen den Variablen ist statistisch signifikant. Je 39 % der Patientinnen entfallen auf Unter- und Mittelschicht, 22 % auf die Oberschicht.

Von den Patientinnen der Unterschicht haben 42 % einen Aufstieg und 6 % einen Abstieg mitgemacht; 39 % sind ohne Mobilität. Bei den Patientinnen der Oberschicht haben wesentlich mehr, nämlich 58 % ihre soziale Position durch Heirat verbessert und nur 4 % verschlechtert.

Der Anteil der Patientinnen, die durch Heirat keine Mobilität erfahren haben, ist in der Oberschicht mit 27 % am geringsten und in der Mittelschicht mit 42 % am höchsten.

Die Frauen, die nie einen Beruf gelernt oder ausgeübt haben, die also zeitlebens Hausfrauen gewesen sind und bei denen deshalb keine Mobilität zu errechnen ist (Spalte "nicht berechnet"), sind am geringsten (11 %) in der Oberschicht und am häufigsten (15 %) in der Mittelschicht zu finden.

Vergleicht man Beobachtungs- und Erwartungswerte miteinander, so ergibt sich: Frauen mit sozialem Aufstieg durch Heirat sind wesentlich mehr als erwartet in der Oberschicht und wesentlich weniger als erwartet in Unter- und Mittelschicht zu finden. Umgekehrt ist es beim Abstieg: Frauen der Unterschicht sind hier stärker vertreten als erwartet, im Gegensatz dazu stehen die Frauen in der Oberschicht. Frauen ohne Mobilität sind besonders häufig in Unter- und Mittelschicht und weniger häufig in der Oberschicht zu finden.

Die nächste Tabelle (Tabelle 2) zeigt auf Grund der Chi-quadratberechnung eine signifikante Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität durch Heirat und dem Wohnort. 45 % der Patientinnen kommen vom Dorf, 13 % aus einer Kleinstadt, 37 % aus einer Mittelstadt und 5 % aus einer Großstadt. Den höchsten Anteil von Patientinnen, die durch Heirat sozial aufsteigen (45 %), hat die Mittelstadt. Dann folgen Kleinstadt (44 %), Dorf (40 %) und Großstadt (37 %). Bei den Frauen, die durch Heirat absteigen, führt die Großstadt (10 %), die Mittelstadt ist am geringsten vertreten (5 %). In der Rubrik Nur-Hausfrauen (darin sind auch mithelfende Familienangehörige miteinbezogen), bei denen sich keine Mobilität berechnen läßt, sind die Frauen aus dem Dorf mit 23 % am höchsten vertreten.

Der Vergleich mit den Erwartungswerten beweist, Frauen aus der Kleinstadt und vor allem aus der Mittelstadt neigen besonders häufig dazu, sich durch Heirat sozial zu verbessern; Frauen aus Dorf und Großstadt dagegen weniger. Umgekehrt findet sich bei den Frauen aus Groß- und Kleinstadt mehr sozialer Abstieg als erwartet, bei den Frauen aus der Mittelstadt ist er besonders gering.

Eine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat und ihrer Konfession gibt es nicht (Tabelle 3). Die Nullhypothese gilt: Die Abweichungen zwischen Beobachtungs- und Erwartungswerten sind auf diesem Signifikanzniveau nicht als zufällig auszuschließen.

Der Anteil katholischer und evangelischer Frauen ist genau gleich hoch, jede sechszigste Patientin ist weder katholisch noch evangelisch. Katholische Frauen erfahren durch Heirat etwas häufiger (43 %) einen Aufstieg als evangelische Frauen (41 %), die dafür vermehrt ohne Mobilität sind. Beim Abstieg sind beide Gruppen gleich gering vertreten (5 %).

Tabelle 4 verdeutlicht, daß es auf Grund des errechneten Chi-quadrat-Wertes eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Intragenerationenmobilität durch Heirat und der Tatsache, ob die Patientin Flüchtling oder nicht ist, gibt. Die Nullhypothese wird abgelehnt. Flüchtlinge sind im Patientengut der Erlanger Klinik mit 28 % vertreten, Nicht-Flüchtlinge mit 72 %.

Die Unterschiede beim Aufstieg und Abstieg sind gering: bei den Nicht-Flüchtlingen sind 42 %, bei den Flüchtlingen 43 % durch Heirat aufgestiegen, beim Abstieg sind es 5 % bzw. 6 %. Flüchtlinge haben zu 38 %, Nicht-Flüchtlinge zu 35 % keine soziale Mobilität. Ein großer Unterschied besteht bei den Frauen, die nie einen Beruf erlernt oder ausgeübt haben (Mobilität "nicht berechnet"). Der Anteil dieser Frauen ist bei den Nicht-Flüchtlingen (18 %) etwa anderthalb mal so hoch wie bei den Flücht-

lingen (13 %).

Flüchtlinge haben mehr als erwartet keine Mobilität, steigen durch Heirat etwas mehr als erwartet auf aber auch ab und sind besonders gering bei den Frauen vertreten, die nie einen Beruf ausgeübt haben.

Die vorhergehenden Tabellen erlauben eine Aussage über das Ausmaß der Intragenerationenmobilität durch Heirat: 42 % der Frauen steigen durch Heirat sozial auf, nur 5 % steigen sozial ab. 36 % sind ohne Mobilität, sie heiraten einen Mann mit dem gleichen Berufsprestige. Nicht berechenbar ist die soziale Mobilität bei 17 % der Frauen. Aus Vergleichen mit anderen Tabellen läßt sich feststellen, daß die Ursache dafür bei 1 % der Fälle fehlende oder nicht verwertbare Angaben sind. Dann ergibt sich, daß 16 % der Frauen einen Beruf weder gelernt noch ausgeübt haben.

2) Intragenerationenmobilität des Ehemannes in eigener Berufsmobilität und soziale Faktoren

In den nächsten Tabellen wird die Intragenerationenmobilität des Ehemannes bezogen auf dessen eigene Berufsmobilität (Vergleich zwischen gelernten und ausgeübten Berufen) mit den gleichen sozialen Merkmalen wie in den vorhergehenden Tabellen in Beziehung gesetzt. 14 % der Männer erfahren in ihrem Beruf einen Aufstieg, 10 % einen Abstieg und 75 % sind ohne Mobilität. Bei 1 % fehlen die zur Berechnung notwendigen Angaben (keine Angaben, Beruf nicht bekannt, kein Beruf ausgeübt etc.)

Tabelle 5 zeigt, wie die Intragenerationenmobilität der Ehemänner von ihrer eigenen Sozialschicht und somit auch von der ihrer Frauen abhängt.

Die Nullhypothese wird abgelehnt; die Beziehung ist statistisch signifikant.

39 % der Männer gehören zur Unter-, ebensoviele zur Mittel- und 22 % zur Oberschicht.

Der geringste Anteil an Aufgestiegenen findet sich (2 %) in der Unterschicht, der höchste Anteil (23 %) in der Oberschicht, dazwischen liegen die Männer der Mittelschicht (19 %). In der Mittelschicht sind zwölfmal mehr Aufgestiegene als in der Unterschicht, in der Oberschicht sind es sogar fünfzehnmal soviel.

Jeder vierte Mann der Unterschicht ist sozial abgestiegen, bei Mittel- und Oberschicht sind es nur 2 % bzw. 5 %.

Der Anteil der Männer ohne Mobilität schwankt nicht so sehr in den einzelnen Sozialschichten: in der Mittelschicht ist er mit 79 % am höchsten, in der Unter- (74 %) und Oberschicht (72 %) ist er etwas geringer.

All dies zeigt auch der Vergleich zwischen Beobachtungs- und Erwartungswerten: besonders hoch, sehr viel höher als erwartet, ist die Zahl der Aufgestiegenen in Mittel- und Oberschicht, sehr gering ist sie in der Unterschicht. Die Abgestiegenen sind in der Unterschicht gegenüber den anderen Schichten unverhältnismäßig stark vertreten. In der Rubrik "Keine Mobilität" sind im Vergleich dazu die Abweichungen nicht so bemerkenswert.

In Tabelle 6 sieht man, daß die Intragenerationenmobilität des Ehemannes, bezogen auf seine Berufsmobilität, statistisch signifikant von der Größe des Wohnortes abhängt. Es gilt: je größer der Wohnort, desto höher ist der Anteil der Aufgestiegenen (Dorf 13 %, Kleinstadt 15 %, Mittelstadt 15 %, Großstadt 19 %). Beim Abstieg schwankt der Prozentsatz in Dorf, Kleinstadt und Mittelstadt um 10 %, Männer aus der Großstadt steigen dagegen

mit 6 % wesentlich weniger ab.

Der Anteil der Männer ohne Mobilität schwankt in Dorf, Klein-, Mittel- und Großstadt nur unwesentlich um 75 %. Auf die gleiche Gesetzmäßigkeit weisen die Erwartungswerte hin: Männer aus dem Dorf neigen weniger zum sozialen Aufstieg, Männer aus Klein-, Mittel- und Großstadt dafür mehr. Beim Abstieg ragt die Großstadt heraus; hier gibt es nur halb so viele Männer mit beruflichem Abstieg wie man erwarten würde.

Zwischen der Intragenerationenmobilität des Ehemannes, bezogen auf seine Berufsmobilität, und der Konfession seiner Frau (Tabelle 7), gibt es eine statistisch signifikante Korrelation. Männer evangelischer Frauen steigen häufiger (15 %) als Männer katholischer Frauen (13 %) beruflich auf. Umgekehrt steigen Männer evangelischer Frauen weniger häufig (9 %) beruflich ab als Männer katholischer Frauen (11 %).

Das gleiche zeigt der Vergleich der Beobachtungswerte mit den Erwartungswerten.

Auch bei der Tatsache, ob die Frau Flüchtling oder Nicht-Flüchtling ist (Tabelle 8), gibt es eine statistisch signifikante Beziehung zur Berufsmobilität des Ehemannes. Männer, deren Frauen Flüchtlinge sind, erfahren mehr (13 %) einen beruflichen Abstieg als Männer, deren Frauen nicht heimatvertrieben sind (9 %). Entsprechend steigen Männer von einheimischen Frauen häufiger auf (14 %) als die übrigen Männer (13 %). Männer von Flüchtlingsfrauen sind in höherem Maße (75 %) ohne Mobilität als die anderen Männer (73 %).

Die Differenz zwischen Beobachtungs- und Erwartungswerten verdeutlicht den gleichen Sachverhalt.

Als nächstes wird der Einfluß der sozialen Mobilität der Patientin auf zwei häufige gynäkologische Erkrankungen untersucht: Myome des Uterus und Lageveränderungen der Genitalorgane.

Nach Martius betragen in einem klinischen Krankengut die behandlungsdürftigen Myompatientinnen etwa 10 % der gesamten gynäkologischen Aufnahmen. Myome sind die häufigsten gutartigen Neubildungen des Uterus und die häufigsten Genitaltumoren überhaupt. Sie sind aus glatter Muskulatur und einem mehr oder weniger stark entwickelten bindegewebigen Anteil aufgebaut. Ihr Wachstum ist an die Eierstockfunktion gebunden. Es gibt deshalb keine Gebärmuttermyome bei Kindern und keine Neuentstehung von Myomen in der Postmenopause. Zwar können schon vorhandene Myome ausnahmsweise nach der Menopause weiterwachsen, im allgemeinen tritt jedoch nach der Menopause eine Schrumpfung der Myomknoten ein.

Vor dem 25. Lebensjahr treten Uterusmyome sehr selten auf. Bei 1/5 aller über 30-jährigen Frauen kommen Uterusmyome vor, die jedoch nur teilweise Symptome verursachen. Die behandlungsdürftigen Myomträgerinnen befinden sich vorwiegend im präklimakterischen oder klimakterischen Alter. Myome finden sich bei Frauen, die geboren haben, häufiger als bei Nulliparae oder unverheirateten Frauen.

Lageveränderungen des Genitale machen ebenfalls (Martius) etwa 10 % des gynäkologischen Krankengutes aus. Man unterscheidet intraperitoneale und extraperitoneale Lageveränderungen (Deszensus, Prolaps). Die Ätiologie der Lageveränderungen ist sehr vielgestaltig.

3) Gynäkologische Erkrankungen (Uterus myomatosus und Lageveränderungen) und horizontale Mobilität

In der Erlanger Frauenklinik werden bei 8,5 % der gynäkologischen Patientinnen Uterus myomatosus und bei 8,3 % Lageveränderungen diagnostiziert.

Die Korrelation zwischen der Tatsache, ob die Patientin berufstätig oder nicht ist und diesen beiden Erkrankungen (Tabelle 9) ist statistisch signifikant. Die Nullhypothese, nach der es keine Beziehung zwischen den Variablen gibt, wird verworfen.

58 % der Patientinnen mit diesen beiden Erkrankungen üben keinen Beruf aus, 42 % sind berufstätig. Bei der Gesamtzahl der befragten Patientinnen ist der Anteil der Berufstätigen mit 44 % im Vergleich dazu höher. Der Anteil der Berufstätigen ist bei Patientinnen mit Myomen des Uterus mit 52 % 1,7 mal höher als bei den Patientinnen mit Lageveränderungen, von denen nur 31 % berufstätig sind.

Keine statistisch signifikante Beziehung gibt es zwischen der Tatsache, ob eine berufstätige Frau ihre Arbeitsstelle am Wohnort oder an einem anderen Ort hat, ob sie also Pendlerin ist oder nicht (Tabelle 10).

Patientinnen mit Lageveränderungen sind wesentlich häufiger (27 %) Pendlerinnen als Patientinnen mit Uterus myomatosus (20 %). Diese Abweichung ist beim vorgegebenen Signifikanzniveau nicht als zufällig auszuschließen.

Das Gleiche gilt für Tabelle 11: die Nullhypothese bleibt bestehen, es gibt keine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Tatsache, ob die Patientin Flüchtling oder Heimatvertriebene ist und der Diagnose Uterus myomatosus und Lageveränderungen. Der errechnete Chi-quadrat-Wert ist niedriger als der Chi-quadrat-Wert aus der Standardtabelle. Die Abweichungen können zufällig sein. Der Anteil der Flüchtlinge und Heimatvertriebenen ist unter den Myomträgerinnen (32 %) höher als bei den Patientinnen mit Lageveränderungen (26 %).

4) Gynäkologische Erkrankungen (Uterus myomatosus und Lageveränderungen) und Intragenerationenmobilität

Tabelle 12 sagt aus, daß eine statistisch signifikante Korrelation zwischen diesen gynäkologischen Erkrankungen und der Intragenerationenmobilität der Patientin bezogen auf ihre eigene Berufsmobilität (gelernter Beruf - ausgeübter Beruf) besteht.

Von allen Patientinnen gelingt ein eigener beruflicher Aufstieg nur 5 0/o. Ebensoviele erfahren einen Abstieg und 73 0/o sind ohne Mobilität. Bei 17 0/o ist die Mobilität nicht zu berechnen, diese Patientinnen sind überwiegend nie berufstätig gewesen.

Patientinnen mit Uterus myomatosus steigen doppelt so häufig (9 0/o) in ihrem eigenen Beruf auf wie Patientinnen mit Lageveränderungen (4 0/o). Auch unter den beruflichen Absteigerinnen sind die Myomträgerinnen mehr (7 0/o) vertreten als die Patientinnen mit Lageveränderungen (4 0/o). Man glaubt, einen Widerspruch entdeckt zu haben, wenn man sieht, daß bei den Patientinnen mit Myomen auch diejenigen ohne berufliche Mobilität stärker (67 0/o) vertreten sind als bei den Patientinnen mit Lageveränderungen (62 0/o): Aufstieg, Abstieg und Frauen ohne berufliche Mobilität sind bei Patientinnen mit Uterus myomatosus häufiger als bei Patientinnen mit Lageveränderungen; dies alles geschieht auf Kosten des Teiles der Frauen, bei denen die eigene berufliche Mobilität nicht berechenbar ist, weil sie zeitlebens nicht berufstätig gewesen sind. Diese sind bei den Myomträgerinnen nur etwa halb so häufig (17 0/o) vertreten als bei den Patientinnen mit Lageveränderungen (30 0/o).

Die Aussage dieser Tabelle ist ähnlich wie bei Tabelle 9, wo gezeigt wurde, daß Frauen mit Uterus myomatosus zum Zeitpunkt der Befragung wesentlich häufiger berufstätig sind als Frauen mit Lageveränderungen. Hier zeigt sich, daß diese Beziehung auch gilt, wenn man nicht die augen-

blickliche Berufstätigkeit der Frau betrachtet, sondern wenn man diese Erkrankungen mit der Tatsache in Beziehung setzt, ob die Frauen jemals einen Beruf ausgeübt haben oder nicht.

Tabelle 13 verdeutlicht, daß auf Grund des errechneten Chi-quadrat-Wertes die Nullhypothese gilt: es besteht keine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat (Vergleich des erlernten bzw. ausgeübten Berufes der Frau und des Ehemannes) und Uterus myomatosus oder Lageveränderungen.

Frauen mit Lageveränderungen sind durch Heirat mehr (44 %) aufgestiegen als Frauen mit Uterus myomatosus (36 %). Beim Abstieg durch Heirat sind die Patientinnen mit Myomen demgegenüber häufiger vertreten als die Patientinnen mit Lageveränderungen (6 % gegenüber 4 %). Diese Beziehungen können aber nicht als Zufallsabweichungen ausgeschlossen werden.

Dagegen besteht eine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität des Ehemannes in seiner eigenen Berufsmobilität und der Diagnose Uterus myomatosus und Lageveränderungen bei seiner Frau (Tabelle 14).

Männer von Frauen, die wegen Uterus myomatosus in der Klinik liegen, erfahren etwas mehr (16 %) einen beruflichen Aufstieg als Männer, deren Frauen wegen Lageveränderungen in der Klinik liegen (15 %). Beim beruflichen Abstieg der Männer ist es umgekehrt: Männer, deren Frauen unter die erste Diagnose fallen, erleiden ihn weniger (10 %) als Männer von Frauen mit der zweiten Diagnose (12 %). Männer, bei deren Frauen Lageveränderungen diagnostiziert werden, sind häufiger (71 %) ohne Mobilität als Männer, bei deren Frauen Uterus myomatosus festgestellt wird (62 %).

Der Vergleich der Erwartungswerte mit den Beobachtungswerten fällt entsprechend aus.

5) Gynäkologische Erkrankungen (Uterus myomatosus und Lageveränderungen) und Intergenerationenmobilität

Nach Tabelle 15 gibt es eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Intergenerationenmobilität der Patientin gegenüber ihrem Vater (bezogen auf die Berufsmobilität) zu diesen Erkrankungen.

Patientinnen mit Uterus myomatosus haben wesentlich häufiger (10 %) gegenüber ihrem Vater einen höher bewerteten Beruf gelernt oder ausgeübt als Patientinnen mit Lageveränderungen (6 %). 39 % der Patientinnen mit Uterus myomatosus haben einen niedriger bewerteten Beruf als ihr Vater gelernt oder ausgeübt, dagegen 41 % der Patientinnen mit Lageveränderungen. Ohne Mobilität gegenüber ihrem Vater sind 36 % der Frauen mit Uterus myomatosus und nur 27 % der Frauen mit Lageveränderungen.

Nicht berechenbar, zumeist weil die Patientin keinen Beruf gelernt oder ausgeübt hat, ist die Intergenerationenmobilität von 16 % der Patientinnen mit Uterus myomatosus und 26 % der Patientinnen mit Lageveränderungen. Der Vergleich der Beobachtungs- mit den Erwartungswerten zeigt: Patientinnen mit Uterus myomatosus steigen mehr als erwartet gegenüber dem Vater auf und weniger als erwartet ab. Umgekehrt steigen weniger Patientinnen als erwartet mit Lageveränderungen auf und mehr als erwartet ab.

Auch bei der Beziehung der beruflichen Intergenerationenmobilität des Ehemannes zu dessen Vater mit den beiden Erkrankungen der Ehefrauen (Tabelle 16) gilt die Nullhypothese nicht: es besteht eine statistisch signifikante Korrelation.

Bei je 16 % der Patientinnen mit Uterus myomatosus und Lageveränderungen ist der Ehemann gegenüber seinem Vater beruflich aufgestiegen. Die Ehemänner von Patientinnen

mit Lageveränderungen sind jedoch viel mehr (24 %) beruflich im Vergleich zu ihrem Vater abgestiegen als die Ehemänner von Patientinnen mit Uterus myomatosus (17 %). Männer von Frauen mit Lageveränderungen sind etwas häufiger gegenüber ihrem Vater ohne Mobilität als Männer von Frauen mit Uterus myomatosus (45 % gegenüber 43 %).

Vergleicht man Erwartungs- und Beobachtungswerte miteinander, so findet man nur geringe Unterschiede beim Aufstieg oder wenn keine Mobilität zu verzeichnen ist. Dafür steigen Männer von Frauen mit Uterus myomatosus wesentlich weniger gegenüber ihrem Vater beruflich ab als erwartet, und umgekehrt steigen die Männer gegenüber ihrem Vater beruflich wesentlich mehr als erwartet ab, wenn die Ehefrau wegen Lageveränderung in der Frauenklinik liegt.

Eine statistisch signifikante Korrelation besteht zwischen Uterus myomatosus und Lageveränderung zur beruflichen Intergenerationenmobilität des Ehemannes gegenüber seinem Schwiegervater (Tabelle 17).

Leidet die Patientin an Uterus myomatosus, so hat ihr Ehemann in 21 % einen höher bewerteten Beruf gelernt als ihr Vater, hat sie Lageveränderungen, so ist sein Beruf nur in 19 % höher als derjenige ihres Vaters. Männer von Frauen mit Uterus myomatosus erleiden dagegen einen beruflichen Abstieg gegenüber ihrem Schwiegervater weniger häufig (24 %) als Männer von Frauen mit Lageveränderungen (30 %). Ohne Intergenerationenmobilität gegenüber dem Schwiegervater sind 40 % der Männer, deren Frauen Uterus myomatosus haben und 46 % der Männer, deren Frauen Lageveränderungen aufweisen.

Der Vergleich mit den Erwartungswerten zeigt: hat die Frau Uterus myomatosus, so erfährt ihr Mann mehr als erwartet einen Aufstieg gegenüber seinem Schwiegervater,

hat die Frau Lageveränderungen, so hat er weniger als erwartet einen Aufstieg gegenüber ihrem Vater zu verzeichnen. Umgekehrt stehen Männer von Frauen mit uterus myomatosus im Vergleich zum Schwiegervater weniger als erwartet beruflich niedriger, Männer von Frauen mit Lageveränderungen jedoch häufiger als erwartet.

6) Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat und ihr Sexualverhalten

Im folgenden werden einige Aspekte des Sexualverhaltens der Patientin (Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Anzahl der Männer, mit denen sie kohabitiert hat und Empfindungen beim Geschlechtsverkehr) zur Intragenerationenmobilität der Patientin in Beziehung gesetzt. Letztere wird wiederum gemessen am gelernten bzw., wenn kein Beruf gelernt wurde, am ausgeübten Beruf der Frau und des Mannes.

Die Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat und dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr ist statistisch signifikant (Tabelle 18). 20 % der Patientinnen sind beim ersten Geschlechtsverkehr 17 Jahre und jünger, ebenso viele sind 23 Jahre und älter, der überwiegende Anteil der Patientinnen (60 %) ist zwischen 18 und 22 Jahre alt.

Je jünger eine Patientin bei Beginn ihrer vita sexualis ist, desto eher erfährt sie durch Heirat einen Aufstieg: ist sie 17 Jahre und jünger, erfährt sie zu 46 % einen Aufstieg, ist sie 18 bis 22 Jahre alt, gelingt ihr durch Heirat in 42 % ein Aufstieg, ist sie 23 Jahre oder älter, steigt sie nur noch in 39 % durch Heirat sozial auf.

Einen Abstieg durch Heirat erleiden in allen drei Gruppen nur 5 % bis 6 % der Patientinnen.

Der Anteil derjenigen, die keine Mobilität durch Heirat erfahren, ist um so höher, je früher die Patientinnen mit dem Sexualleben beginnen: sind sie 17 Jahre und

jünger, haben 38 % keine Mobilität, sind sie 23 Jahre und älter, haben 34 % keine Mobilität, dazwischen (36 %) liegen diejenigen, die mit 18 bis 22 Jahren zum erstenmal kohabitieren.

Bei den Patientinnen, bei denen die Mobilität nicht berechenbar ist, sind die am geringsten vertreten, die in jungen Jahren (17 Jahre und jünger) ihren ersten Verkehr haben (12 %), am meisten sind die Frauen vertreten, die 23 Jahre und älter beim ersten Verkehr sind (21 %), dazwischen liegen die, die 18 bis 22 Jahre alt sind (17 %). Das erklärt sich folgendermaßen: in dieser Rubrik befinden sich Frauen, deren Mobilität nicht berechenbar ist, weil sie keinen Beruf erlernt oder ausgeübt haben. Solche Frauen sind erfahrungsgemäß mehr unter den Älteren zu finden. Ältere Frauen haben aber meist ihren ersten Verkehr später als jüngere Frauen. Jüngere Frauen üben in überwiegender Zahl irgendwann mal einen Beruf aus und fangen auch früher mit dem Geschlechtsverkehr an. Eine andere Erklärungsmöglichkeit wäre: Frauen, die einen Beruf ausüben, sind emanzipierter, sie fangen auch früher mit dem Geschlechtsverkehr an; Frauen, die nie einen Beruf ausüben, sind abhängiger, wohnen meist bei ihren Eltern und fangen später mit dem Geschlechtsverkehr an. Die erste Gruppe wohnt meist in Städten, die zweite meist auf dem Lande.

Beide Erklärungsmöglichkeiten scheinen ihre Berechtigung zu haben.

Die Erwartungswerte verdeutlichen: je jünger eine Frau beim ersten Verkehr, desto häufiger steigt sie durch Heirat auf; je älter eine Frau beim ersten Verkehr, desto seltener steigt sie auf. Beim Abstieg gilt entsprechend das Umgekehrte.

Tabelle 19 zeigt eine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität durch Heirat und Anzahl der Männer, mit denen die Frau kohabitier hat.

56 % der Frauen haben angeblich nur mit einem Mann in ihrem Leben Verkehr gehabt, 44 % der Frauen mit mehreren Männern. Von den Frauen, die nur mit einem Mann kohabitier haben, erfahren 40 % einen Aufstieg durch Heirat; Frauen, die mit mehreren Männern in ihrem Leben kohabitier haben, gelingt wesentlich häufiger (46 %) ein Aufstieg durch Heirat. Beim Abstieg ist der Unterschied nur sehr geringfügig: beide Gruppen von Frauen erfahren ihn nur zu etwa 5 %. Frauen, die nur mit einem Mann in ihrem Leben Verkehr haben, sind etwas weniger häufig (35 %) ohne Mobilität durch Heirat als die übrigen Frauen (37 %).

Frauen, die nur mit einem Mann in ihrem Leben intime Beziehungen gehabt haben, gehören wesentlich häufiger zur Gruppe der nie berufstätig gewesenen Frauen (20 %) als die übrigen Frauen (12 %) (Spalte "nicht berechnet")

In Tabelle 20 wird die Empfindung beim Geschlechtsverkehr (Frage: "Wie ist es Ihnen beim Verkehr?") zur Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat in Beziehung gesetzt. Es ergibt sich eine statistisch signifikante Korrelation.

Bei dieser Frage gab es die meisten Verweigerungen; während bei den vorhergehenden Fragen aus dem Intimbereich nie mehr als 2 1/2 % der Frauen die Antwort verweigerten, waren es hier fast 13 %.

Von den Frauen, die den Geschlechtsverkehr als unangenehm oder gleichgültig empfinden, erfahren je 41 % einen Aufstieg durch Heirat, empfinden sie ihn als angenehm, sind etwas mehr (42 %). Beim Abstieg sind die

Frauen, denen der Verkehr gleichgültig ist, häufiger (6 %) vertreten als die übrigen (5 %). Bei den Frauen ohne Mobilität, die einen Mann der gleichen Sozial-schicht heiraten, sind diejenigen am häufigsten (38 %), denen der Verkehr angenehm ist, dann folgen die Frauen, denen er unangenehm bzw. gleichgültig ist (35 % bzw. 32 %). Frauen, denen der Verkehr unangenehm oder gleichgültig ist, gehören wesentlich mehr (20 %) zur Gruppe der Nur-Hausfrauen (Spalte "nicht berechnet") als Frauen, denen der Verkehr angenehm ist (15 %). Letztere Gruppe von Frauen ist häufiger berufstätig oder berufstätig gewesen.

Der Vergleich mit den Erwartungswerten bestätigt: Frauen, die eine angenehme Empfindung beim Geschlechtsverkehr haben, erfahren mehr als erwartet einen Aufstieg durch Heirat, die übrigen Frauen erleiden mehr als erwartet einen Abstieg.

7) Intragenerationenmobilität des Ehemannes in eigener Berufsmobilität und Sexualverhalten der Frau

Im folgenden werden die gleichen Kriterien des Sexualverhaltens der Frauen (Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Anzahl der Männer, mit denen sie kohabitiiert haben und Empfindungen beim Geschlechtsverkehr) mit der Intragenerationenmobilität des Ehemannes gemessen an seiner eigenen Berufsmobilität in Beziehung gesetzt (gelernter Beruf - ausgeübter Beruf).

Tabelle 21 zeigt die Beziehung zwischen dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr der Frau zur Intragenerationenmobilität (eigene Berufsmobilität) des Ehemannes. Diese Beziehung ist statistisch signifikant.

75 % der Ehemänner sind ohne Mobilität in ihrem Beruf, 14 % erfahren einen Aufstieg und 10 % erleiden einen Abstieg. (Bei 1 % ist die Mobilität nicht berechenbar wegen fehlender Angaben.)

Je älter die Frau beim ersten Geschlechtsverkehr ist, desto mehr erfährt der Mann in seinem Beruf einen Aufstieg: ist die Frau 23 Jahre und älter, steigen 15 % der Männer auf; ist die Frau 18 bis 22 Jahre, steigen 14 % der Männer auf; ist die Frau 17 Jahre und jünger, erfährt nur noch 11 % der Männer einen beruflichen Aufstieg.

Beim Abstieg ergibt sich entsprechend: je älter die Frau bei der ersten Kohabitation, desto weniger steigt ihr Mann in seinem Beruf ab; ist sie 23 Jahre und älter, sind es 8 % der Männer; ist sie 18 bis 22 Jahre, sind es 10 % der Männer; ist sie 17 Jahre und jünger, erleiden sogar 13 % der Männer einen beruflichen Abstieg. Bei den Männern ohne eigene berufliche Mobilität gibt es keine eindeutige Beziehung zum Alter bei der ersten Kohabitation ihrer Frauen, die Werte schwanken nur wenig um 75 % .

Betrachtet man die Erwartungswerte, dann sieht man obige Gesetzmäßigkeit bestätigt: sind die Frauen bei der ersten Kohabitation jünger, steigen ihre Männer weniger häufig auf, sind die Frauen älter, erfahren die Männer häufiger einen Aufstieg. Entsprechend gilt das Umgekehrte beim beruflichen Abstieg der Ehemänner: sind die Frauen beim ersten Verkehr jünger, so finden wir ihre Männer hier mehr als erwartet, sind die Frauen älter, finden wir hier ihre Männer wesentlich weniger.

Auch die Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene Berufsmobilität) und der Anzahl der Männer, mit denen seine Frau kohabitiert hat, ist statistisch signifikant (Tabelle 22).

Haben die Frauen nur mit einem Mann Verkehr gehabt, gelingt ihren Männern zu 15 % der berufliche Aufstieg; haben die Frauen mit mehreren Männern Verkehr gehabt, dann steigen nur 13 % ihrer Männer beruflich auf.

8 % Männer, deren Frauen nur einen Partner gehabt haben, steigen in ihrem Beruf ab; dagegen wesentlich mehr, nämlich 13 % der Männer, deren Frauen mehrere Partner gehabt haben.

Hat die Frau nur mit einem Mann in ihrem Leben Verkehr gehabt, ist ihr Mann häufiger ohne eigene berufliche Mobilität (76 %) als wenn sie mit mehreren Männern Verkehr gehabt hat (73 %).

Der Vergleich der Beobachtungswerte mit den Erwartungswerten beweist ebenfalls: Männer von Frauen mit nur einem Partner steigen mehr als erwartet beruflich auf; Männer, deren Frauen mehrere Partner gehabt haben, dagegen weniger. Männer, deren Ehefrauen nur mit einem Mann kohabitieren haben, erleiden wesentlich weniger als erwartet einen Abstieg als die übrigen Männer.

Eine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Intragenerationenmobilität des Ehemannes (bezogen auf seine eigene Berufsmobilität) und den Empfindungen seiner Frau beim Geschlechtsverkehr gibt es dagegen nicht (Tabelle 23). Der errechnete Chi-quadrat-Wert liegt unter dem aus der Tabelle abgelesenen Chi-quadrat-Wert.

Zwar haben Männer, deren Frauen den Verkehr als angenehm bezeichnen, in etwa 2 % mehr einen beruflichen Aufstieg als Männer, für deren Frauen der Verkehr unangenehm oder gleichgültig ist; ebenso erleiden Männer von Frauen mit unangenehmen oder gleichgültigen Empfindungen beim Verkehr zu über 2 % mehr einen beruflichen Abstieg, als wenn der Verkehr für die Frau angenehm ist. Aber diese Abweichungen sind bei der vorgegebenen Irrtumswahrscheinlichkeit nicht als zufällig auszuschließen. Auf die Berechnung der Erwartungswerte wurde wegen des Fehlens einer signifikanten Beziehung verzichtet.

E) Zusammenfassung der Ergebnisse

Diese Arbeit setzt die Reihe anderer Forschungen auf dem Gebiet der Medizin-Soziologie fort. Die verwendeten Daten stammen aus Interviews von 4936 gynäkologischen Patientinnen, die von Juni 1966 bis Dezember 1970 in der Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt wurden. Die Patientinnen wurden mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens interviewt, der aus einer Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Soziologen entstand. Die Antworten der Patientinnen und die soziologischen und medizinischen Daten wurden vercodet, auf Lochkarten übertragen und später durch eine elektronische Datenverarbeitungsanlage ausgewertet. Diese lieferte die zur Auswertung benötigten statistischen Unterlagen einschließlich der für Signifikanzberechnungen notwendigen Chi-quadrat-Werte.

Da sich die Zusammensetzung des Patientengutes von Klinik zu Klinik ändert, gelten die gefundenen Daten anderswo nur mit Einschränkungen. Die Ergebnisse spiegeln die Besonderheit der Erlanger Frauenklinik wieder, allein für deren Einzugsgebiet gelten sie uneingeschränkt.

Es werden Zusammenhänge zwischen Mobilitätsvorgängen und gynäkologischen Erkrankungen und Sexualverhalten der Patientinnen untersucht.

Patientinnen, die durch Heirat sozial aufsteigen, sind am häufigsten in der Oberschicht zu finden. In der Mittelschicht sind die Frauen vermehrt zeitlebens als "Nur-Hausfrauen" tätig. Frauen aus Klein- und Mittelstädten verbessern ihre Sozialschicht durch Heirat eher als Frauen aus Dörfern und Großstädten. Einen sozialen Abstieg erleiden Frauen aus Mittelstädten bei der Heirat auffallend wenig. Diese Gruppe von Frauen kommt -entsprechend dem Einzugsgebiet der Universitäts-Frauenklinik -

fast ausschließlich aus Erlangen. Demnach haben Frauen, die sich in Erlangen einen Mann zum Heiraten suchen, sehr gute Möglichkeiten "eine gute Partie" zu machen. Das liegt an der sozialen Struktur der Stadt mit ihrem besonders hohen Anteil an Männern mit qualifizierten und hochqualifizierten Berufen (bedingt durch Siemens, Universität, etc.).

Bei der Konfession finden wir keine gesicherte Beziehung zur Intragenerationenmobilität durch Heirat. Heimatvertriebene Frauen sind häufiger berufstätig oder berufstätig gewesen als einheimische Frauen.

42 % der Frauen verbessern durch Heirat ihre Sozialschicht, nur 5 % verschlechtern sie. In ihrem eigenen Beruf gelingt nur 5 % der Frauen ein Aufstieg, ebenso viele verschlechtern sich. Bei der Veränderung der Sozialschicht spielt der eigene Beruf für die Frau nur eine untergeordnete Rolle. Frauen heiraten einfach in eine andere Sozialschicht - fast ausschließlich höhere (8 1/2 mal so oft) - hinein, indem sie sich einen Mann suchen, der einen gesellschaftlich höher bewerteten Beruf gelernt hat oder ausübt als sie selbst.

14 % der Männer erfahren in ihrem Beruf einen Aufstieg, 10 % erleiden einen Abstieg und 75 % sind ohne Mobilität. Männer aus der Mittel- und Oberschicht sind in ihrem Beruf häufiger aufgestiegen, Männer aus der Unterschicht sind vermehrt abgestiegen. Je größer der Wohnort, desto eher gelingt den Männern ein beruflicher Aufstieg; Männer aus der Großstadt steigen auch nur halb so häufig beruflich ab wie die übrigen Männer.

Evangelische Frauen sind häufiger mit Männern verheiratet, denen in ihrem Beruf ein Aufstieg gelingt, als katholische Frauen; letztere haben öfter Männer, die in ihrem Beruf absteigen.

Die Diagnose Uterus myomatosus wird häufiger bei berufstätigen Patientinnen gestellt, Patientinnen mit Lageveränderungen des Genitale sind vermehrt "Nur-Hausfrauen". Eine gesicherte Beziehung zwischen diesen Erkrankungen und der Pendelwanderung zur Arbeitsstätte oder der Tatsache, ob die Patientin Flüchtling oder Einheimische ist, läßt sich nicht nachweisen. Ebenso gibt es keine sichere Beziehung zur Intragenerationenmobilität durch Heirat.

Männer, deren Frauen wegen Uterus myomatosus in der Klinik liegen, haben öfter einen eigenen beruflichen Aufstieg zu verzeichnen als Männer von Frauen mit Lageveränderungen. Männer von Frauen mit der letzten Diagnose sind vermehrt in ihrem Beruf abgestiegen. Gegenüber ihrem Vater haben Frauen mit Uterus myomatosus einen höher bewerteten Beruf, Patientinnen mit Lageveränderungen einen niedriger bewerteten Beruf.

Entsprechendes stellt man bei der Intergenerationenmobilität des Ehemannes gegenüber seinem Vater fest: leidet die Frau an Uterus myomatosus, so steigt er in geringerem Maße gegenüber seinem Vater beruflich ab, leidet seine Frau an Lageveränderungen, so steigt er im Vergleich zu seinem Vater häufiger ab.

Ähnliches gilt bei der Intergenerationenmobilität des Ehemannes gegenüber seinem Schwiegervater: hat die Frau Uterus myomatosus, dann erfährt der Mann öfter einen Aufstieg gegenüber seinem Schwiegervater als wenn die Frau an Lageveränderungen leidet. Männer von Frauen mit Lageveränderungen sind mehr gegenüber ihrem Schwiegervater abgestiegen als Männer von Frauen mit Uterus myomatosus.

Auch beim Sexualverhalten der Patientinnen ergeben sich interessante Beziehungen zur sozialen Mobilität. Bei der ersten Kohabitation sind 20 % der Frauen 17 Jahre und jünger, ebensoviele sind 23 Jahre und älter, der

überwiegende Teil (60%) ist beim ersten Verkehr zwischen 18 und 22 Jahre. Je jünger eine Frau beim ersten Verkehr ist, desto eher gelingt es ihr, durch Heirat ihre soziale Position zu verbessern; je älter sie ist, desto eher erleidet sie durch die Heirat einen sozialen Abstieg. Frauen, die berufstätig sind oder berufstätig gewesen sind, sind bei der ersten Kohabitation jünger als die übrigen Frauen.

56% der Patientinnen in der Klinik haben nach ihren Angaben nur mit einem Mann kohabitiert, der Rest mit mehreren Männern. Frauen, die mit mehreren Männern Verkehr gehabt haben, gelingt häufiger durch Heirat ein sozialer Aufstieg als den anderen Frauen. Frauen, die immer "Nur-Hausfrauen" gewesen sind, haben vermehrt nur mit einem Mann kohabitiert als die übrigen Frauen.

71% der Frauen empfinden den Geschlechtsverkehr als angenehm, 19% empfinden ihn gleichgültig und für 10% ist er unangenehm. Frauen, denen der Verkehr angenehm ist, steigen durch Heirat öfter auf als die übrigen Frauen. Unter den Absteigerinnen sind diejenigen Frauen besonders häufig vertreten, denen der Verkehr gleichgültig ist. Frauen, die berufstätig sind oder gewesen sind, empfinden den Geschlechtsverkehr eher als angenehm als die anderen Frauen.

Je älter die Frau bei der ersten Kohabitation ist, desto mehr überwiegt bei ihrem Mann der berufliche Aufstieg gegenüber dem Abstieg. Ehemänner von Frauen, die nur mit einem Mann in ihrem Leben verkehrt haben, steigen in ihrem Beruf häufiger auf als die übrigen Männer; letztere steigen vermehrt beruflich ab. Eine statistisch gesicherte Beziehung zwischen der Berufsmobilität des Ehemannes und den Empfindungen seiner Frau beim Geschlechtsverkehr gibt es dagegen nicht.

Tabelle 1:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch
Heirat

Abhängige Variable:

Soziale Einstufung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
Unterschicht	540 (40,8) 517,63 (39,4)	570 (37,2) 598,10 (41,5)	81 (44,0) 71,88 (5,9)	181 (38,3) 184,39 (13,2)	1372 (39,1)
Mittelschicht	579 43,7) 521,40 (41,9)	522 (34,1) 602,46 (37,8)	72 (39,1) 72,41 (5,2)	209 (44,3) 185,74 (15,1)	1382 (39,4)
Oberschicht	206 (15,5) 285,98 (27,2)	439 (28,7) 330,44 (57,9)	31 (16,8) 39,71 (4,1)	82 (17,4) 101,87 (10,8)	758 (21,6)
Summe	1325 (37,7)	1531 (43,6)	184 (5,2)	472 (13,4)	3512

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 87,35$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{tab}} = 12,59$$

Tabelle 2:

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat
Augenblicklicher Wohnort (Größe)

	Keine Mobilität		Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe			
Dorf bis 10.000 E.	610 685,84	(39,8) (32,0)	761 805,82	(42,3) (39,9)	92 97,59	(42,2) (4,8)	445 318,75	(62,5) (23,3)	1908 (44,8)
Kleinstadt bis 50.000 E.	214 203,09	(14,0) (37,9)	246 238,62	(13,7) (43,5)	32 28,90	(13,7) (5,7)	73 94,39	(10,3) (12,9)	565 (13,3)
Mittelstadt bis 100.000 E.	618 564,70	(40,3) (39,3)	712 663,49	(39,6) (45,3)	73 80,36	(33,5) (4,6)	168 262,45	(23,6) (10,7)	1571 (36,9)
Großstadt über 100.000 E.	90 78,36	(5,9) (41,3)	81 92,07	(4,5) (37,2)	21 11,15	(9,6) (9,6)	26 36,42	(3,7) (11,9)	218 (5,1)

$$\text{Chi-Quadrat}_{\text{err}} = 125,18$$

$$\text{Chi-Quadrat}_{\text{Tab}} = 16,92$$

Tabelle 2:

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable:

Intragerationenmobilität der Patientin durch Heirat
Konfession

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
evangelisch	798 (52,4) (37,5)	880 (49,0) (41,3)	108 (49,3) (5,1)	344 (48,0) (16,2)	2130 (50,1)
katholisch	725 (47,6) (34,1)	915 (51,0) (43,1)	111 (50,7) (5,2)	373 (52,0) (17,6)	2124 (49,9)
Summe	1523 (35,8)	1792 (42,2)	219 (5,1)	717 (16,9)	4254

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 5,39$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 4:

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat
Flüchtling, Nicht-Flüchtling

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
Nicht- Flüchtling	1105 (70,9)	1313 (71,9)	148 (66,4)	566 (78,4)	3132 (72,3)
	1127,93 (35,3)	1320,37 (41,9)	161,34 (4,7)	522,36 (18,1)	
Flüchtling	454 (29,1)	512 (28,1)	75 (33,6)	156 (21,6)	1192 (27,7)
	431,07 (37,9)	504,63 (42,8)	61,66 (6,3)	199,64 (13,0)	
Summe	1559 (36,0)	1825 (42,2)	223 (5,2)	722 (16,7)	4329

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 19,01$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 5:

Unabhängige Variable: Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene Berufsmobilität)
 Abhängige Variable: Soziale Einstufung der Patientin

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
Unterschicht	1013 1034,08	(38,3) (73,7)	22 180,81	(4,8) (1,6)	334 155,82
Mittelschicht	1090 1042,35	(41,2) (78,6)	264 182,25	(57,0) (19,0)	28 157,06
Oberschicht	545 571,56	(20,6) (71,7)	177 99,94	(38,2) (23,3)	37 86,12
Summe	2648	(75,2)	463	(13,1)	399
				11	(0,3)
					3521

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 578,69 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 12,59$$

Tabelle 6:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene
Berufsmobilität

Abhängige Variable:

Augenblicklicher Wohnort (Größe)

	Keine Mobilität		Aufstieg		Abstieg		nicht berechnet	Summe	
Dorf bis	1458	(45,7)	240	(39,9)	203	(47,0)	16	(33,1)	1917 (44,9)
10.000 E.	1431,69	(76,1)	270,01	(12,5)	139,76	(10,6)	21,51	(0,8)	
Kleinstadt bis	415	(13,0)	83	(14,0)	54	(12,5)	12	(25,0)	565 (13,2)
50.000 E.	421,91	(73,5)	79,58	(14,9)	57,11	(9,6)	6,35	(2,1)	
Mittelstadt bis	1157	(36,2)	236	(39,2)	163	(37,7)	18	(37,5)	1574 (36,8)
100.000 E.	1175,53	(73,5)	221,70	(15,0)	159,09	(10,4)	17,68	(1,1)	
Großstadt über	162	(5,1)	42	(7,0)	12	(2,8)	2	(4,2)	218 (5,1)
100.000 E.	162,81	(74,3)	30,71	(19,3)	22,03	(5,5)	2,45	(0,9)	

Summe 3192

(74,7)

602

(14,1)

432

(10,1)

48

(1,1)

4274

Chi-quadrat_{err} = 21,37

Chi-quadrat_{Tab} = 16,92

Tabelle 7:

Unabhängige Variable: Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene Berufsmobilität)
 Abhängige Variable: Konfession der Patientin

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
evangelisch	1590 1598,99	(49,8) (74,7) 327 297,56	(55,1) (15,3) 193 216,41	(44,7) (9,0) 27 24,05	(56,2) (1,3) 2137 (50,1)
katholisch	1602 1593,01	(50,2) (75,2) 267 296,44	(44,9) (12,5) 239 215,59	(55,3) (11,2) 21 23,95	(43,7) (1,0) 2129 (49,9)
Summe	3192 (74,8)	594 (13,9)	432 (10,1)	48 (1,1)	4266

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 11,74 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 8:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene
Berufsmobilität)

Abhängige Variable:

Flüchtling, Nicht-Flüchtling (Patientin)

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
Nicht- Flüchtling	2366 2347,25	449 439,20	289 319,09	37 (9,2)	3141 (72,4)
Flüchtling	878 896,75	158 167,80	152 121,91	12 (24,5)	1200 (27,6)
Summe	3244 (74,7)	607 (14,0)	441 (10,2)	49 (1,1)	4341

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 11,84$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 9:

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable:

Berufstätigkeit der Patientin
Uterus myomatosus, Lageveränderung

	nicht berufstätig		berufstätig	Summe
uterus	171	(41,4)	188 (63,3)	359 (50,6)
myomatosus	208,83	(47,6)	150,17 (52,4)	
Lage-	242	(58,6)	109 (36,7)	351 (49,4)
veränderung	204,17	(68,9)	146,83 (31,1)	
Summe	413	(58,2)	297 (41,8)	710

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 33,17$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Tabelle 10:

Unabhängige Variable:

Arbeitsstelle der Patientin am Wohnort, Arbeitsstelle
an anderem Ort

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Arbeitsstelle am Wohnort	Arbeitsstelle an anderem Ort	Summe
uterus myomatosus	149 (65,1) (80,1)	37 (55,2) (19,9)	186 (62,8)
Lage- veränderung	80 (34,9) (72,7)	30 (44,8) (27,3)	110 (37,2)
	229 (77,4)	67 (22,6)	296

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 2,15$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{tab}} = 3,84$$

Tabelle 11:

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable:

Flüchtling, Nicht-Flüchtling (Patientin)
 Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Nicht- Flüchtling	Flüchtling	Summe
uterus	246 (48,5)	113 (55,7)	359 (50,6)
myomatosus	(68,5)	(31,5)	
Lage- veränderung	261 (51,5)	90 (44,3)	351 (49,4)
	(74,4)	(25,6)	
507	203	203	710
	(71,4)	(28,6)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 2,96$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Tabelle 12:

Unabhängige Variable:

Intragerationenmobilität der Patientin (eigene
Berufsmobilität)

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
uterus	239 (52,3)	32 (68,1)	25 (65,8)	61 (36,7)	357 (50,4)
myomatosus	230,44 (66,9)	23,70 (9,0)	19,16 (7,0)	83,70 (17,1)	
Lageveränderung	218 (47,7)	15 (31,9)	13 (34,2)	105 (63,3)	351 (49,6)
	226,56 (62,1)	23,30 (4,3)	18,84 (3,7)	82,30 (29,9)	
Summe	457 (100) (64,5)	47 (100) (6,6)	38 (100) (5,4)	166 (100) (23,4)	708 (100)

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 22,52$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 13:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
uterus myomatosus	117 (55,2) (32,8)	127 (45,4) (35,6)	21 (58,3) (5,9)	92 (51,1) (25,8)	357 (50,4)
Lage- veränderung	95 (44,8) (27,1)	153 (54,6) (43,6)	15 (41,7) (4,3)	88 (48,9) (25,1)	351 (49,6)
Summe	212 (29,9)	280 (39,5)	36 (5,1)	180 (25,4)	708

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 5,74$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 14:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene
Berufsmobilität)

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
uterus	223 (47,1)	56 (51,9)	34 (44,7)	46 (86,8)	359 (50,6)
myomatosus	239,16 (62,1)	54,61 (15,6)	38,43 (9,5)	28,80 (12,8)	
Lage- veränderung	250 (52,9)	52 (48,1)	42 (55,3)	7 (13,2)	351 (49,4)
	233,84 (71,2)	53,39 (14,8)	37,57 (12,0)	26,20 (2,0)	
Summe	473 (66,6)	108 (15,2)	76 (10,7)	53 (7,8)	710

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 31,14$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 15:

Unabhängige Variable:

Intergenerationenmobilität (Patientin gegenüber Vater)

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
uterus	128 (57,1)	34 (61,8)	139 (49,5)	57 (38,3)	358 (50,5)
myomatosus	113,11 (35,8)	27,77 (9,5)	141,89 (38,8)	75,24 (15,9)	
Lage- veränderung	96 (42,9)	21 (38,2)	142 (50,5)	92 (61,7)	351 (49,5)
	110,89 (27,4)	27,23 (6,0)	139,11 (40,5)	73,76 (26,2)	
Summe	224 (31,6)	55 (7,8)	281 (39,6)	149 (21,0)	709

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 15,83$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 16:

Unabhängige Variable:

Intergenerationenmobilität (Ehemann gegenüber dessen Vater)

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
uterus	154 (49,4)	56 (50,0)	62 (42,5)	87 (62,1)	359 (50,6)
myomatosus	157,76 (42,9)	56,63 (15,6)	73,82 (17,3)	70,79 (24,2)	
Lage- veränderung	158 (50,6)	56 (50,0)	84 (57,5)	53 (37,9)	351 (49,4)
	154,24 (45,0)	55,37 (16,0)	72,18 (23,9)	69,21 (15,1)	
	312	112	146	140	710
	(43,9)	(15,8)	(20,6)	(19,7)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 11,53$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 17:

Unabhängige Variable:

Intergenerationenmobilität (Ehemann gegenüber Schwieger-
vater)

Abhängige Variable:

Uterus myomatosus, Lageveränderung

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
uterus	144 (47,1)	75 (53,6)	86 (45,3)	53 (27,6)	358 (50,5)
myomatosus	154,51 (40,2)	70,69 (20,9)	95,44 (24,0)	36,86 (14,8)	
Lage- veränderung	162 (52,9)	65 (46,4)	104 (54,7)	20 (27,4)	351 (49,5)
	151,49 (46,2)	69,31 (18,5)	94,06 (29,6)	36,14 (5,7)	
Summe	306 (43,2)	140 (19,7)	190 (26,8)	73 (10,3)	709

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 18,33$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 18:

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat
Alter bei der ersten Kohabitation

	Keine Mobilität		Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet		Summe
17 J. und jünger	309	(20,3)	377	(21,1)	41	(18,6)	825
	296,90	(37,5)	348,36	(45,7)	43,08	(5,0)	825 (19,5)
18 J. bis 22 J.	918	(60,3)	1070	(59,9)	129	(58,4)	2534
	911,93	(36,2)	1070,00	(42,2)	132,33	(5,1)	2534 (59,9)
23 J. und älter	296	(19,4)	340	(19,0)	51	(23,1)	873
	314,17	(33,9)	368,63	(38,9)	45,59	(5,8)	873 (20,6)
Summe	1523		1787		221		4232
		(36,0)		(42,2)		(5,2)	(16,6)

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 29,79$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 12,59$$

Tabelle 19:

Unabhängige Variable:

Abhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat
Anzahl der Männer, mit denen kohabitert wurde

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
1 Mann	841 (55,5) 854,92 (35,2)	947 (53,0) 1008,41 (39,7)	118 (53,9) 123,58 (4,9)	481 (67,8) 400,09 (20,2)	2387 (56,4)
2 Männer und mehr	674 (44,5) 660,08 (36,6)	840 (47,0) 778,59 (45,6)	101 (46,1) 95,42 (5,5)	228 (32,2) 308,91 (12,4)	1843 (43,6)
Summe	1515 (35,8)	1787 (42,2)	219 (5,2)	709 (16,8)	4230

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 47,24$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 20:

Unabhängige Variable:
Abhängige Variable:

Intragenerationenmobilität der Patientin durch Heirat
Empfindungen beim Geschlechtsverkehr

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
unangenehm	133 141,08	157 (9,5) 161,77 (34,5)	19 (9,5) 20,28 (4,9)	77 (12,4) 62,87 (19,9)	386 (10,1)
gleichgültig	236 266,44	298 (16,9) 305,51 (32,4)	46 (22,9) 38,31 (6,3)	149 (23,9) 118,74 (20,4)	729 (19,1)
angenehm	1029 990,48	1148 (73,6) 1135,72 (38,0)	136 (67,7) 142,41 (5,0)	397 (63,7) 441,39 (14,6)	2710 (70,8)
	1398	1603	201	623	3825
		(36,5)	(41,9)	(5,3)	(16,3)

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 23,17 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 12,59$$

Tabelle 21:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene
Berufsmobilität)

Abhängige Variable:

Alter bei der ersten Kohabitation

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
17 J. und jünger	618 (19,5) 616,39 (74,8)	94 (15,8) 115,80 (11,4)	103 (23,7) 84,66 (12,5)	11 (23,4) 9,15 (1,3)	826 (19,5)
18 J. bis 22 J.	1886 (59,6) 1898,41 (74,19)	369 (62,0) 356,66 (14,5)	260 (59,8) 260,75 (10,2)	29 (61,7) 28,17 (1,1)	2544 (59,9)
23 J. und älter	663 (20,9) 652,20 (75,9)	132 (22,2) 122,53 (15,1)	72 (16,6) 89,58 (8,2)	7 (14,9) 9,68 (0,8)	874 (20,6)
	3167 (74,6)	595 (14,0)	435 (10,2)	47 (1,1)	4244

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 14,09$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 12,59$$

Tabelle 22:

Unabhängige Variable:

Intragenerationenmobilität des Ehemannes (eigene
Berufsmobilität)

Abhängige Variable:

Anzahl der Männer, mit denen kohabitiert wurde

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
1 Mann	1825 (57,7) 1785,12 (76,3)	351 (59,0) 335,59 (14,7)	198 (45,3) 246,48 (8,3)	18 (40,9) 24,82 (0,8)	2392 (56,4)
2 und mehr Männer	1340 (42,3) 1379,88 (72,5)	244 (41,0) 259,41 (13,2)	239 (54,7) 190,52 (12,9)	26 (59,1) 19,18 (1,4)	1849 (43,6)
Summe	3165 (74,6)	595 (14,0)	437 (10,3)	44 (1,0)	4241

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 29,83$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 7,81$$

Tabelle 23:

Unabhängige Variable:

Intragerationenmobilität des Ehemannes (eigene
Berufsmobilität)

Abhängige Variable:

Empfindungen beim Geschlechtsverkehr

	Keine Mobilität	Aufstieg	Abstieg	nicht berechnet	Summe
unangenehm	288 (10,0) (74,4)	48 (9,0) (12,4)	47 (12,1) (12,1)	4 (10,3) (1,0)	387 (10,1)
gleichgültig	551 (19,2) (75,3)	91 (17,0) (12,4)	81 (20,9) (11,1)	9 (23,1) (1,2)	732 (19,1)
angenehm	2035 (70,8) (74,9)	397 (74,1) (14,6)	259 (66,9) (9,5)	26 (66,7) (1,0)	2717 (70,8)
Summe	2874 (74,9)	536 (14,0)	387 (10,1)	39 (1, 0)	3836

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 6,31$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 12,59$$

Literaturverzeichnis

1. Bolte, K.M. Sozialer Aufstieg und Abstieg.
Eine Untersuchung über Berufsprestige und Berufsmobilität.
Enke Verlag, Stuttgart 1959
2. Campbell, R.C. Statistische Methoden für Biologie und Medizin.
Thieme Verlag, Stuttgart 1971
3. Daheim, H.J. Berufliche Intergenerationenmobilität in der komplexen Gesellschaft.
Kölner Z.Soziol. 16 (1964),
Köln/Opladen
4. Fuchs, G. Dokumentation bei Bewältigung von Aufgaben der Sozialmedizin.
Ärzteblatt, Heft 45 (1967)
5. Giese, H. Die Sexualität des Menschen.
Stuttgart 1955
6. Glass, D.V. Social Mobility in Britain.
Routledge and Kegan Paul Ltd.,
London 1954
7. Glass, D.V. und König, R. (Hrsg.) Soziale Schichtung und soziale Mobilität.
Kölner Z.Soziol., Sonderheft 5,
2.Aufl.
Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen
8. Janowitz, M. Soziale Schichtung und Mobilität in Westdeutschland.
Kölner Z.Soziol. Bd. 10, 1 (1958)

9. Kinsey, A. Das sexuelle Verhalten der Frau.
Berlin 1963
10. König, R. Das Interview.
Kiepenhauer und Witsch, Köln/
Berlin, 5.Aufl., 1968
11. König, R. und Tönnemann, M. Probleme der Medizin-Soziologie.
Kölner Z.Soziol., Sonderheft 3,
S. 235-256, Westdeutscher Verlag,
Köln/Opladen 1958
12. Lentin, A. Die Sprache der elektronischen
Rechenanlagen.
Münch.Med.Wschr. 31, 1386 (1964)
13. Martias, H. Lehrbuch der Gynäkologie.
Thieme Verlag, Stuttgart 1969
14. Mayntz, R. Soziale Schichtung und soziale
Mobilität in einer Industrie-
gemeinde.
Eine soziologische Untersuchung
der Stadt Euskirchen.
Enke Verlag, Stuttgart 1958
15. Noelle, E. Umfragen in der Massengesell-
schaft.
Rowohlt-Verlag, Reinbek-Hamburg
1963
16. Pauli, H.K. Eine Medizin-Soziologische Unter-
suchung zur Intensivierung der
Krebsvorsorge bei der Frau.
Habilitationsschrift, Erlangen
(1970)

17. Pauli, H.K. und Kindermann, G. Dokumentation und Auswertung geburtshilflicher und gynäkologischer Daten.
Archiv f. Gynäkologie 205, 12-30 (1962)
18. Pflanz, M. Sozialer Wandel und Krankheit. (Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie)
Enke Verlag, Stuttgart 1962
19. Pflanz, M. Soziale Umwelt und Kranksein. Berliner Ärzteblatt, Heft 11, 1963
20. Pflanz, M. Medizinsoziologie. In: Handbuch der empirischen Sozialforschung, hrsg. v. R.König. II.Bd., S.1123-1156
Enke-Verlag, Stuttgart 1969
21. Schäfer, H. und Blohmke, M. Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin
Thieme Verlag, Stuttgart 1971
22. Scheuch, E.K. Sozialprestige und soziale Schichtung.
Kölner Z.Soziol., Sonderheft 5
Westdeutscher Verlag, Köln/
Opladen 1961
23. Scheuch, E.K. Das Interview in der Sozialforschung. In: Handbuch der empirischen Sozialforschung, hrsg. v. R.König, Bd. I
Enke Verlag, Stuttgart 1962

24. Scheuch, E.K. Methoden der empirischen
Sozialforschung.
Vorlesung WS 1965/66 Köln
25. Sorokin, P. Social Mobility.
Harper and Brothers, New York/
London 1927
26. Tönniesmann, M. Aspekte und Probleme der Medi-
zinsoziologie und Sozialpsycho-
logie.
Med.Sachverst., 56, 83 (1960)
27. Weber, E. Grundriß der biologischen
Statistik.
Fischer Verlag, Stuttgart 1967.

Lebenslauf

Am 5. Dezember 1943 wurde ich als Sohn des Verwaltungsbeamten Hermann Mehring und dessen Ehefrau Maria, geb. Einig in Stendal an der Elbe geboren.

Von 1950 bis 1954 besuchte ich die Volksschulen in Kleve/Niederrhein und Ahlen/Westfalen. Von 1954 bis 1957 war ich Schüler eines mathematisch-naturwissenschaftlichen Gymnasiums in Bielefeld und von 1957 bis zur Reifeprüfung 1963 des neusprachlichen Gymnasiums zu Bad Oeynhausen/Westfalen.

Im Sommersemester 1965 begann ich das Medizinstudium an der Universität Bonn und legte im Frühjahr 1966 die naturwissenschaftliche Vorprüfung ab. Zum Wintersemester 1966/67 setzte ich das Studium an der Universität Erlangen-Nürnberg fort, an der ich die weiteren Semester verbrachte und im Herbst 1967 die ärztliche Vorprüfung bestand. Am 9. Juli 1971 beendete ich das Studium mit dem medizinischen Staatsexamen in Erlangen.

Anschließend arbeitete ich an der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Eschenbach in der Oberpfalz, an der Universitäts-Augenklinik in Mainz und an der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Alfeld/Leine.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990
